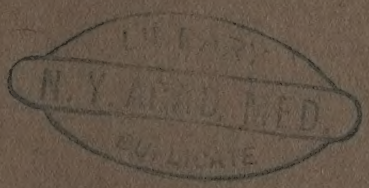
Ноябрь
30

СОВЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН
КЛИНИЧЕСКОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ



№ 22

НАРКОМЗДРАВ СССР
БИОМЕДГИЗ — ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
МОСКВА 1937 ЛЕНИНГРАД

ЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

XLI ГОД ИЗДАНИЯ

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН КЛИНИЧЕСКОЙ и ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

РЕДАКТОРЫ ОТДЕЛОВ

Засл. деят. науки проф. Е. С. Лондон (Биологическая химия); засл. деят. науки проф. Г. Д. Белоновский (Микробиология); И. А. Добрейцер, проф. П. Ф. Здродовский (Эпидемиология); проф. П. В. Сквирский (Иммунология и инфекционные болезни); проф. В. А. Углов, засл. деят. науки проф. А. Н. Сысин (Гигиена); проф. Н. А. Вигдорчик (Проф. патология); проф. Б. Б. Койранский (Гигиена труда); проф. З. Г. Френкель (Соц. гигиена); проф. И. Д. Страшун (История медицины); проф. С. А. Новосельский (Сан. статистика); засл. деят. науки проф. Г. Ф. Ланг, проф. Р. А. Лурия, проф. Е. И. Цукерштейн, проф. М. В. Черноруцкий (Внутр. болезни); проф. В. С. Хольцман, проф. М. Р. Борок (Туберкулез); проф. Э. Ф. Буш, проф. С. М. Рубашев, проф. В. А. Шаак (Хирургия); засл. деят. науки проф. Н. Н. Петров (Онкология); засл. деят. науки проф. Б. Н. Хольцов, проф. И. Н. Шапиро (Урология); проф. С. А. Рейнберг, проф. А. К. Яновский (Рентгенология); проф. Г. Г. Гентер, проф. К. М. Фигурнов (Гинекология и акушерство); засл. деят. науки проф. С. Н. Давиденков (Нервные болезни); засл. деят. науки проф. В. П. Осипов (Душевные болезни); засл. деят. науки проф. М. С. Маслов (Детск. болезни); проф. М. Г. Данилевич (Детск. инфекции); засл. деят. науки проф. В. В. Чирковский (Глазные болезни); засл. деят. науки проф. В. И. Воячек (Ушные, носовые и горловые болезни); проф. М. Г. Мгебров, проф. О. Н. Подвысоцкая (Кожные и венерич. болезни); засл. деят. науки проф. С. А. Бруштейн, проф. Е. Т. Залкиндсон (Физиотерапия); сам. преп. П. И. Тимофеевский (Военно-санитарное дело); проф. В. М. Карасик (Фармакология); проф. Д. А. Энтин (Стоматология).

Зам. отв. ред. проф. М. В. Черноруцкий

Редактор проф. П. В. Сквирский

Отв. секр. редакции д-р М. В. Броун

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Под знаменем Ленина — Сталина — к выборам в Верховный Совет СССР 1681

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ и КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ПЕВЗНЕР М., засл. деят. науки, проф. Новые пути в диэтотерапии в связи с современными воззрениями в медицине 1683

ГУРЕВИЧ Г. М., проф. Этиология эндемического зоба . 1695

ЗАРХИ Е. Г. К лечению гастрогенных поносов 1699

КОНОВА А. Р. и САДОВСКИЙ П. Б. Серотерапия дизентерии контрастными по титру сыворотками Шига 1703

ПЕТЧЕНКО А. И. О значении некоторых гематологических данных и цитологии гонорройного гноя для диагностики женской гонореи 1711

ЕФРЕМОВ А. П. и НИКИФОРОВ Ф. А. Рентгенотерапия карбункулов 1715

УМАНСКИЙ Г. И., доц. О лечении ожогов пантадермом 1719

ВАРАВИЦКИЙ И. М. Сравнительная оценка методов лечения гнойничковых заболеваний кожи 1721

ГУРЕВИЧ Я. С. Новый метод лечения чесотки триолиновой мазью 1723

ЕГОРОВ А. Н. Мыло как противозачаточное средство 1727

ВАСИЛЬЧУК В. М. Применение новокаиновой блокады при лечении воспалительных заболеваний придатков у мужчин 1729

ГИГИЕНА и СТРОИТЕЛЬСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УГЛОВ В. А., проф. Материалы к изучению нового химического соединения Ag_2 0·2 MnO_2 1731

ФРЕЙДЛИН С. Я. Десять лет работы амбулатории на фабрике „Красное знамя" в Ленинграде 1735

КУЛЕНОК М. И. и НАДСОН Г. Г. Замечания к статье „Простые способы определения углекислоты и угарного газа в воздухе" 1741

Стр.

РЕФЕРАТЫ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ. Препараты золота при ревматизме сердца. Новые данные об инсулине. Влияние фолликулина на кровяное давление. Оживление сердца. Патологические осложнения обильного диуреза. Синтез витамина А. Витамин Е и щитовидная железа. Ингаляционная терапия. 1739

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ. Коклюш. Антирахитическое действие таргратов и цитратов. Профилактическое обслуживание сердечных больных и ревматиков. Детское питание 1745

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ и ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Грипп в промышленности. Кэтиологии острого полиомиелита. Обезвреживание токсинов в организме. Комары на аэропланах. Бактерицидные свойства человеческой слюны. О быстром методе макроскопической агглютинации при помощи центрифугирования. Инфекционные болезни в Чехословакской республике в 1936 г. 1746

ХИРУРГИЯ. Лечение привычного вывиха плеча и разрыва крестообразных связок коленного сустава собственной кровью больного. Лечение повреждений черепа. Хирургическое лечение диабета. Лечение ожогов сложными анилиновыми красками 1748

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. Должностной врач фашистской Германии . . . . . .

КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

АБРАМСОН Б. П., прив.-доц. Ленинградское хирургическое общество Пирогова, 9-е заседание . . . 1749

ЧИСТЯКОВ проф. Научно-медицинское общество при Пермском медицинском институте 1753

К ВЫБОРАМ В ВЕРХОВНЫЙ СОВЕТ

ОТ РЕДАКЦИИ

ХРОНИКА

НЕКРОЛОГИ

РУКОПИСИ ДЛЯ НАПЕЧАТАНИЯ, КНИГИ [illegible]ИЙ И ВСЮ КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ НАПРАВЛЯТЬ В БИОМЕДГИЗ, ЛЕНИНГРАД 11, ПРОСП. [illegible] 28 (ДОМ КНИГИ). ТЕЛ. РЕДАКЦИИ: 168-75

СОВЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

Ноябрь | № 22 | 1937

ПОД ЗНАМЕНЕМ ЛЕНИНА — СТАЛИНА — К ВЫБОРАМ В ВЕРХОВНЫЙ СОВЕТ СССР!

12 декабря — день выборов в Верховный Совет СССР. Подготовка к выборам в высший орган пролетарской диктатуры на основе самой демократической в мире Сталинской Конституции охватывает энтузиазмом широчайшие массы трудящихся нашей великой социалистической родины. В начавшейся избирательной кампании — самой массовой политической кампании за все годы революции — находит свое ярчайшее выражение «...невиданное раньше внутреннее *моральное и политическое единство народа.* Моральное и политическое единство социалистического общества». (Молотов.) Вместе с многомиллионными массами рабочих и колхозников идут многочисленные отряды советской интеллигенции, как никогда сплоченные вокруг партии Ленина—Сталина, вокруг советского правительства. Многотысячная армия советских врачей демонстрирует свой пламенный советский патриотизм, свою безграничную любовь к товарищу Сталину, чье имя стало символом величайших побед социализма.

Уже в 1920 г., на II Всероссийском съезде работников медико-санитарного труда, В. И. Ленин говорил:

«Когда-то представители медицинской профессии были также пропитаны недоверием к рабочему классу, когда-то и они мечтали о возврате буржуазного строя. Теперь и они убедились, что только вместе с пролетариатом можно привести Россию к культурному расцвету. Сотрудничество представителей науки и рабочих, — только такое сотрудничество будет в состоянии уничтожить весь гнет нищеты, болезней, грязи. И это будет сделано.

Перед союзом представителей науки, пролетариата и техники не устоит никакая темная сила».

Это гениальное предвидение Ленина сбылось. Под великим знаменем Ленина—Сталина, в жестоких боях с интервентами и белогвардейцами, в непримиримой борьбе с капиталистическим окружением и его троцкистско-бухаринской агентурой внутри нашей страны, — народы СССР навсегда избавились от буржуазно-помещичьей кабалы, от ужасов безработицы, от вековой нужды и темноты; наша страна превратилась в могущественную индустриальную державу социализма, в страну социалистического — самого крупного в мире сельского хозяйства, в страну сплошной грамотности и передовой культуры, которая стала светочем для всего прогрессивного человечества. Победа социализма в СССР подорвала корни неверия в творческие силы масс, в великую всепобеждающую силу братского союза советских народов. «Теперь уже не нужно доказывать, что трудящиеся могут обойтись без капиталистов и помещиков, что власть трудящихся самая великая сила в наше время». (Молотов.)

Завоеванное и записанное в великой Сталинской Конституции позволяет теперь, лучше чем когда бы то ни было, убедиться в том, что советская интеллигенция является «...равноправным членом советского общества, где она вместе с рабочими и крестьянами, в одной упряжке с ними, ведет стройку нового бесклассового социалистического общества». (Сталин.)

Нигде в мире трудовая интеллигенция не окружена таким вниманием общества и поддержкой государства, как в нашей стране. Нигде, в частности, не ценится так высоко врач, которому доверена охрана здоровья и жизни людей — самого ценного и самого решающего капитала в мире. Не случайно среди лучших партийных и непартийных большевиков — знатных стахановцев, заслуженных деятелей науки — общественные организации и общества трудящихся выдвинули в состав многих избирательных комиссий виднейших представителей советской медицины, самых популярных, самоотверженных борцов на фронте советского здравоохранения. Засл. деят. науки орденоносец проф. В. И. Воячек, засл. деят. науки проф. Д. И. Дейнека, орденоносец проф. О. Н. Подвысоцкая, известный общественник проф. В. Л. Эйнис, засл. деят. науки проф. А. В. Гервер — вот несколько имен из славной плеяды советских медицинских специалистов, которым трудящиеся массы доверили ответственнейшую и почетную работу по подготовке и проведению выборов в качестве членов избирательных комиссий.

Среди выдвинутых кандидатов в Верховный Совет СССР зарегистрирован ряд выдающихся представителей советской медицины — проф. Н. Н. Бурденко, проф. В. К. Трутнев, проф. В. М. Мыш и др.

Нигде в мире врачебная общественность так крепко не спаяна с широкой народной массой, — нигде и никогда единство мыслей и политической активности не находило такого яркого отражения, как у нас в эти исторические дни: врачи наших фабрично-заводских лечебных учреждений, наши участковые врачи на собраниях рабочих и колхозников называют в качестве первых депутатов в Верховный Совет СССР любимого вождя народов товарища Сталина, его ближайших соратников — товарищей Молотова, Кагановича, Ворошилова, Калинина, Жданова, Ежова, Андреева, Микояна, Чубаря, Косиора — железную когорту большевиков, руководителей коммунистической партии и советского правительства.

Советские врачи, безгранично преданные делу рабочего класса, отдают свои голоса лучшим из лучших патриотов социалистической родины, беспощадным в борьбе против врагов народа, способным с великой страстностью бороться за дело социализма, вести нас вперед к новым победам — к коммунизму.

Экспериментальная и клиническая медицина

НОВЫЕ ПУТИ В ДИЭТОТЕРАПИИ В СВЯЗИ С СОВРЕМЕННЫМИ ВОЗЗРЕНИЯМИ В МЕДИЦИНЕ

Засл. деят. науки проф. *М. Певзнер*

Из клиники лечебного питания Центрального института питания и кафедры по лечебному питанию при Центральном институте для усовершенствования врачей в Москве

Вопросы питания больного человека представляют большой интерес, во-первых, потому, что врачи с ними еще недостаточно знакомы, во-вторых, потому, что современная разработка этих вопросов идет по совершенно новому пути, и, в-третьих, потому, что нет ни одной дисциплины, в которой бы так рельефно отражались все современные воззрения в медицине, как в учении о питании больного человека.

Известно, что высказанная правильная мысль сплошь и рядом лишь через многие века получает научное обоснование и используется на благо человека. Вот такое медленное спиралеобразное продвижение научных истин весьма рельефно и ярко отражается и в истории развития науки о питании больного человека. Достаточно указать в качестве примера, что приблизительно две с половиной тысячи лет тому назад Гиппократ написал следующие афоризмы:

«При остром заболевании нельзя человека морить голодом и нельзя после исчезновения острых симптомов переводить его на разнообразное питание, а нужно начинать его питать с самого начала».

«Нет ни одного пищевого продукта, который нельзя было бы обработать и приготовить таким образом, чтобы он не принес вреда больному человеку».

Мысли, заключенные в этих афоризмах, стали теперь основой современной диэтотерапии: высказанные две с половиной тысячи лет тому назад, они были забыты в течение многих веков; были выдвинуты, как известно, совершенно противоположные положения, а именно, что питать больного при острых инфекционных заболеваниях — это подливать масла в огонь; в течение столетий больных морили голодом, люди погибали вследствие истощения по вине врачей (inanitio e medico), а не от самой болезни.

В дальнейшем, мысли, высказанные Гиппократом, стали получать научное обоснование. Но даже и после того, как экспериментальные исследования в клинике на больных показали, что подвоз питательного материала не повышает температуры и не ухудшает течения болезненного процесса, потребовалось 36 лет для того, чтобы это положение, уже научно обоснованное, внедрилось в практическую работу клиник.

Я привел эти факты для того, чтобы показать, с каким трудом внедряются в клинику положения даже научно обоснованные, касающиеся вопросов лечебного питания, и вместе с тем подтвердить, что история развития диэтотерапии отражает историю развития и внедрения в жизнь научно обоснованных медицинских знаний.

На основании современных данных биохимии и биофизики не подлежит никакому сомнению, что химические градиенты пищи вклиниваются в межуточный обмен и не могут не влиять в положительную или отрицательную сторону на все процессы, развертывающиеся в организме как при нормальном, так и при патологическом состоянии последнего. Кроме того современная медицина отходит от прежнего анатомо-локалистического метода мышления, делает акцент не на органопатологии, а на патологии невро-гуморальной; соответственно этому и современная терапия идет по пути невро-гуморальных воздействий, ищет пути влияния на проявление конституциональных особенностей и на реактивную способность организма. Современная терапия (на данном этапе развития наших медицинских знаний) требует не только поддержания сил организма во время болезни (как это предлагалось прежде); современная терапия пользуется также и активными методами воздействия, средствами, влияющими на патогенетические условия развития патологического процесса и на самый патологический процесс.

Все эти современные новые воззрения в медицине очень ярко отразились на диэтотерапии последнего времени. Питание больного человека имеет целью в настоящее время не только поддержать силы организма; старое воззрение, перешедшее к нам со времен Гиппократа, что питанием нужно только поддерживать силы организма, а лечит природа сама, — оставлено. Современная диэтотерапия стремится повлиять на патогенетические условия развития процесса, стремится повлиять на все пертурбации, которые мы наблюдаем в организме при патологическом процессе, она стремится повлиять и на самый патологический процесс.

Питание больного человека становится благодаря изменению качественного и количественного состава пищевого рациона фактором лечебным, почему мы и назвали его лечебным питанием; оно является методом активной терапии. Спрашивается, достаточно ли научных данных для того, чтобы действительно выставить это положение?

Я не буду перечислять громадного количества экспериментальных работ на животных и на людях. Укажу, что давно, еще в 1911 г., было доказано работами Люитлена, что питание влияет на химический состав кожи кроликов; позднее, в 1927 г., был опубликован классический опыт Германсдорфера и Юнга, которые показали, что характер пищевых рационов влияет у человека на химический состав кожи, подкожной клетчатки, мышц и костей. Эти опыты были поставлены очень оригинально: туберкулезные больные, подлежавшие операции, были разделены на две группы, и каждая группа находилась в течение 2—3 месяцев на разных пищевых рационах; во время операции были сделаны срезы различных тканей и подвергнуты химическому анализу; химический состав различных тканей у первой и второй групп оказался

различным. В этой области имеются работы наших советских ученых, например работы Палладина, который показал, что характер пищевых рационов влияет на химический состав клеток головного мозга у животных. Мало того, целый ряд исследований показывает, что характер пищевого рациона влияет не только на химический состав тканей, но при этом меняется и реакция этих тканей на всякого рода раздражители. Гофф и Шпет, а также Мейер и Зальцбургер выявили, что кожа совершенно иначе реагирует на ультрафиолетовые и на пограничные лучи в зависимости от характера питания. Реакция Пирке выпадает положительной или отрицательной в зависимости от того, на каком пищевом рационе находится человек (Ферне); имеются исследования ряда авторов, показавших, что можно пищевыми рационами повлиять на невро-гуморальную регуляцию.

Весьма интересны работы наших советских физиологов, в том числе Разенкова, который выявил, что характер пищевых рационов влияет не только на химический состав всех пищеварительных соков, но и на реакцию пищеварительных желез на раздражители; он показал также, что характер пищевого рациона может влиять на проявление условных и безусловных рефлексов; ему удалось также выявить, что в некоторых случаях можно этим путем влиять и на некоторые функции коры головного мозга.

Принимая во внимание все эти экспериментальные исследования на людях и животных, нельзя сомневаться в том, что характер пищевых рационов—химические градиенты пищи, действующие на химический состав тканей и на реакцию всех наших органов, меняющие физико-химическую среду, в которой живут и работают наши клетки и ткани, гормоны, парагормоны и ферменты, — влияет на условия развития и на самый патологический процесс в положительную или в отрицательную сторону.

Современная медицина уже достаточно выяснила тесную взаимосвязь между нарушением функций отдельных органов, отдельных систем и нарушениями в межуточном обмене. Вот почему современная диэтотерапия не может довольствоваться при построении пищевых рационов учетом нарушения функции того или другого органа или той или другой системы. Современная диэтотерапия идет по пути влияния на невро-гуморальные процессы, она стремится повлиять и на конституциональные особенности организма. Мы имеем уже специальные пищевые режимы, влияющие на солевое хозяйство организма, на реактивную способность организма, мы знаем специальные режимы, могущие повлиять на проявление благоприобретенного или наследственного диатеза, мы выявили и такой пищевой режим, который не остается без влияния на самую невро-гуморальную регуляцию.

Современная терапия придает большое значение той почве, на которой развертывается тот или иной процесс. Всем известны работы Ранке, который показал, что развитие туберкулеза в виде индуративного или эксудативного процесса зависит больше всего от состояния макроорганизма; работы Лейтентрита и других показали, что сыворотка крови истощенных больных или больных пастозных (пастозных — вследствие неправильного питания с превалированием углеводов в пищевом рационе) влияет различно на морфологию бактерий, на их развитие и на их токсичность. А мы знаем, что макроорганизм, влияющий на развитие процесса и на самый инфект, меняется сам в зависимости от характера пищевого режима и рациона.

Современная медицина придает очень большое значение реактивной способности организма. Аллергическое состояние организма влияет на темпы развития патологического процесса, на самый характер его развития. Это доказано работами школы Абрикосова, Альперна, Талалаева и целого ряда других советских и иностранных ученых. Не подлежит сомнению, что при аллергических состояниях развитие клинической картины зависит также и от так называемых «добавочных условий» (Урбах, Хааг). И среди этих «добавочных условий» определенное место принадлежит и характеру питания.

В последнее время этим «добавочным условиям» придается особенно большое значение, в том числе и при чисто аллергических заболеваниях, так как известно, что у одного и того же человека мы наблюдаем влияние различных аллергенов—то одного, то другого, а в некоторых случаях — влияние и нескольких аллергенов. Эти «добавочные условия», способствующие проявлению клинической картины, усиливающие аллергизацию организма, должны быть учтены.

Имеется целый ряд наблюдений, показывающих, что моментом, способствующим аллергизации организма, является характер питания. Развитию очень большого количества аллергических заболеваний в больших городах способствует денатурация продуктов питания вследствие искусственного удобрения почвы и химической обработки пищевых продуктов. Имеются указания, что аллергические заболевания более распространены там, где население употребляет недостаточное количество овощей и зелени, где нет достаточного подвоза кальциевых соединений или имеется неправильное соотношение в пищевом рационе между калием и натрием и натрием и кальцием (Хааг, Рост). Выявлено, что количество пищи очень резко влияет на проявление анафилактического шока. Хааг указал, что если животное теряет в весе около 10%, то явления анафилактического шока резко подавляются, нарастание же веса усиливает явления шока. Чрезмерное питание (Mastkuhr) сплошь и рядом вызывает проявление аллергического заболевания (Деккер).

Таким образом моменты, связанные с характером питания, являются теми «добавочными» условиями, которые воздействуют на проявление аллергического состояния организма под влиянием того или другого аллергена. Все эти данные, разбросанные в литературе, поставили перед нами проблему о возможности влияния пищевыми рационами на сенсибилизацию организма. Можно было a priori предположить, что такое влияние должно иметь место, так как клиническое проявление аллергического состояния зависит от реакции между антигеном и антителом в клетке и ткани того или иного органа (Дер, Блюм, Урбах), а химические процессы в последних находятся в зависимости и от характера питания. Вот почему еще в 1930 г. мы поставили перед собой вопрос о десенсибилизирующей диэтотерапии.

Для того чтобы подойти к решению поставленного вопроса, мы пошли двумя путями — путем экспериментальных исследований на животных и экспериментальных исследований на людях.

Еще до появления работ Кальберстона и Кента нам удалось показать (работа аспиранта Катаева): 1) что сила проявления феномена Артюса изменяется парал-

лельно количеству антител крови и 2) что степень проявления феномена находится в зависимости от характера пищевого рациона и от количественного соотношения между собой основных пищевых продуктов. Эти работы таким образом подтвердили, что феномен Артюса отображает у животных аллергическое состояние организма; эти работы, вместе с тем, еще раз подтвердили наши многочисленные исследования на собаках, исследования, которые мы проводим в клинике в течение 6 лет совместно с проф. Талалаевым, чтобы подойти к решению вопроса о роли питания при аллергических состояниях не в пределах проблемы «нутритивной» аллергии, а шире — о роли питания как терапевтического фактора, могущего влиять на проявление сенсибилизации организма.

Перед нами встал вопрос — возможна ли вообще неспецифическая сенсибилизация и десенсибилизация? За последнее время в литературе накопилось достаточное количество фактов, дающих право говорить о неспецифической сенсибилизации и десенсибилизации.

Я укажу на работы Пастеровского института, из которых видно, что анафилаксия зависит от количества введенного вещества; на данные Рёсле, показывающие, что животное, прежде подвергавшееся наркозу, погибает после инъекции сальварсана, чего не бывает, если животное (собака) не подвергалось прежде наркозу. Наши экспериментальные исследования на собаках показали (они уже опубликованы, и я не буду на них детально останавливаться), что ограниченный подвоз углеводов резко подавляет проявление сенсибилизации, а нагрузка углеводами повышает сенсибилизацию, что белки действуют в этом отношении гораздо реже и гораздо слабее, чем углеводы; выяснилось, что нагрузка большим количеством жира абсолютно никакого влияния на сенсибилизацию организма не имеет. Нам удалось выявить, что при полном исключении витамина D из пищевого рациона крыс резко подавляется сенсибилизация, и феномен Артюса почти не получается.

Эти работы были потом подтверждены Альперном, который выявил роль углеводов как фактора, усиливающего гиперергическое состояние организма, и Хаагом, который подтвердил значение витамина D при процессах сенсибилизации организма.

В дальнейшем работами нашего аспиранта Альтшулера выявлено, что дозировка витаминов, их корреляция между собой и с основными продуктами питания безусловно влияет у крыс на проявление сенсибилизации организма.

Таким образом впервые экспериментально было выявлено, что пищевые рационы, определенным образом построенные, могут влиять на проявление сенсибилизации организма, что они могут усиливать или ослаблять сенсибилизацию и что лечебное питание может являться фактором неспецифической терапии, влияющей на сенсибилизацию организма. Неправильное питание не только способствует проявлению аллергического состояния, но оно должно быть включено в число сенсибилизаторов организма.

Когда мы перешли к клинической проверке этих экспериментальных данных, мы должны были убедиться в том, что пищевые рационы, определенным образом составленные, могут влиять на те клинические тесты, которые характеризуют состояние организма при заболеваниях, патогенез которых связывается с аллергическим состоянием организма. Мы наблюдаем, что при нагрузке углеводами (до 600—700 г в день) можно у некоторых больных вызвать ясно выраженную клиническую картину заболевания, в то время как ограничение углеводов (до четвертой части нормы) при нормальном качественном составе остальной части пищевого рациона может резко подавлять все симптомы, характеризующие данное заболевание. Мы выявили, что режим с ограниченным подвозом углеводов может явиться хорошим терапевтическим фактором при остром ревматизме (работы доц. Г. Левина). Это были наши первые опыты, которые отобразили у постели больного все наши эксперименты на животных. Кто хоть раз видел больного, у которого после исчезновения всех клинических симптомов острого ревматизма при режиме с ограниченным подвозом углеводов вновь выявляется вся клиническая картина болезни и все патологические тесты (биохимические, электрокардиограмма и др.), если перевести больного на режим с нагрузкой углеводами (650—700 г), тот убеждается в том, каким мощным фактором является лечебное питание.

Мы наблюдали также влияние этих пищевых режимов с ограниченным подвозом углеводов и при остром нефрите. Всем известно, что в настоящее время патогенез острого нефрита связывается с гиперергическим состоянием всего организма. Работа аспиранта Вильвелевича показала, что сдвиги всех тестов в положительную сторону происходят гораздо быстрее при режиме с ограниченным подвозом углеводов (при одновременном ограничении также соли и экстрактивных веществ), чем при других режимах. Нам удалось выявить определенные группы больных с хроническим инфекционным рецидивирующим колитом, у которых рецидивы мы рассматривали как явления анафилактоидного порядка, и у этих больных режим с ограниченным подвозом углеводов оказался эффективным. Мы можем привести целый ряд случаев, когда больные, страдавшие такими хроническими рецидивирующими колитами, не получали в течение двух недель облегчения от целого ряда так называемых «щадящих» диэт; при переводе же этих больных на режим с ограниченным подвозом углеводов с сохранением химических и механических раздражителей буквально в несколько дней отмечалось исчезновение всех клинических симптомов.

Интересно отметить, что этот режим с ограниченным подвозом углеводов оказался неэффективным при хронических колитах алиментарного происхождения.

Но не только самый состав пищевых рационов, но и быстрый и резкий переход от одного пищевого рациона к другому или включения контрастных дней в пищевой рацион, повидимому, могут аллергизировать организм.

Весьма своеобразно, как нам удалось выявить, сказывается на больных назначение сырой растительной пищи (овощные дни). Влияние этих дней в высшей степени оригинально и разительно: у больных с острым или хроническим полиартритом можно наблюдать обострение болей, субфебрильную температуру, иногда повышение РОЭ, но через 24 часа наступает такое облегчение, что больной просит повторить эксперимент.

Мы видим, таким образом, у этих больных ту же самую картину, которая известна как результат «терапии раздражением» (Reiztherapie). Этот путь современной терапии, путь встряски всего организма, опреде-

ляемый стремлением вызвать резкие колебания в самом межуточном обмене, желанием вызвать резкие изменения в той среде, в которой функционируют наши гормоны, парагормоны, ферменты, еще мало изучен. Он только в некоторых случаях дает эффект и при продолжительном или частом применении может принести и вред больным.

Очень многие употребляют пищевые рационы, в которых превалируют кислотные или щелочные валентности. Мы окончательно подтвердили (работами Ачаркана) мнение целого ряда авторов (Ноорден, Сталь), что небольшие сдвиги в кислотно-щелочном равновесии через 5—7 дней выравниваются без перемены этого пищевого режима и дают иногда даже толчок в обратную сторону. Таким образом и эти пищевые рационы с превалированием кислотных или щелочных валентностей следует причислить к терапии, имеющей целью вызвать пертурбации в нашем организме.

Среди советских ученых есть также приверженцы Берга, который предложил строить все пищевые рационы с превалированием щелочных валентностей. Берг даже считал, что питание всего населения должно быть построено таким образом, чтобы превалировали щелочные валентности; по наблюдениям Берга, при таком питании белки будто бы лучше утилизируются, и можно при меньшем количестве белка сохранить азотистое равновесие. Из данных, опубликованных Шмидтом (швейцарским врачом — подробные наблюдения над самим собой), мы видим, что положения Берга не подтвердились. Кроме того известно, что изменить реакцию артериальной крови невозможно — это физиологическая константа.

Таким образом современная диэтотерапия идет по пути влияния на гуморальные и тесно связанные с ними невральные процессы. Пищевые рационы определенного состава могут влиять на гиперергическое состояние организма. Можно в настоящее время говорить и о том, что пищевые рационы могут влиять на проявление конституциональных особенностей организма: работы школы Катазе показали, что характер пищевых рационов в период утробной жизни, в период кормления грудным молоком и в период роста может влиять на проявление конституциональных особенностей у животных; мы знаем целый ряд людей, у которых проявление конституционально-наследственного диатеза удавалось предотвратить путем специального пищевого режима.

Мало того, в последнее время нам удалось, повидимому, наметить пути влияния при помощи специального пищевого режима и на самую невро-гуморальную регуляцию.

Вопрос этот является опять-таки одним из актуальных вопросов современной медицины. В настоящее время мы стремимся найти пути дифференциальной диагностики и дифференциальной терапии неврозов, мало связанных или, быть может, совсем не связанных с анатомическим субстратом в том или другом органе, но находящихся в зависимости, главным образом, от нарушения невро-гуморальной регуляции.

Нам удалось выделить определенную группу людей (работа прив.-доц. О. Гордон), которые страдают «ацидизмом», очень упорными изжогами, у которых постоянно имеется кислая отрыжка, срыгивания и у которых, несмотря на самые тщательные наши исследования всеми доступными нам клиническими методами, мы не могли найти грубых анатомических изменений желудка. В большинстве случаев это были люди, у которых гликемическая кривая показывает очень резкие колебания: после нагрузки глюкозой мы получаем резкий ее подъем, иногда до 200 мг%, а через 1½ часа сахар крови падает сплошь и рядом до 40—60 мг%. Эта гипогликемия у некоторых дает голодные боли и другие симптомы падения сахара крови (возбуждение, дрожание рук, слабость, пот), у других (правда — реже) проходит без этих симптомов. У этих больных мы имеем очень часто суперсекрецию с высокими цифрами кислотности, а иногда и низкими. Еще два года назад нам удалось подтвердить, что сахар крови в целом ряде случаев дает зеркальное отображение секреции желудка: при резком подъеме сахара крови резко падает секреция желудка и обратно (прив.-доц. Гордон). Мы выяснили, что у некоторых больных голодные боли совпадали со временем падения сахара крови. Иногда эти боли сопровождались резким возбуждением, дрожанием рук и ног, т. е. теми симптомами, которые известны как симптомы гипогликемии. Весьма важно отметить группу больных (из этой категории), у которых симптомы ацидизма, голодные боли мало поддавались влиянию так называемых «щадящих» диэт; некоторые даже подвергались операции ввиду подозрения на язву (последней при операции не было найдено); симптомы ацидизма у этих больных очень быстро исчезали при режиме с ограниченным подвозом углеводов. Но если через некоторое время этих больных перевести опять на режим с большим количеством углеводов, снова появляется та же картина ацидизма.

Нам удалось показать, что у некоторых больных этой категории частые приемы пищи при режиме с ограниченным подвозом углеводов выравнивают резкие колебания гликемической кривой и ведут к успокоению лабильности нервной системы; больные категорически заявляют, что они делаются более спокойными, более работоспособными.

Таким образом намечаются пути влияния при помощи определенных пищевых рационов и режимов и на самую невро-гуморальную регуляцию.

В связи с тем, что пищевые рационы могут влиять не только на функции отдельных органов, но и на все процессы невро-гуморальной регуляции, перед нами выявляется важнейшая проблема — проблема координации влияния пищевых рационов и других терапевтических факторов.

В последние годы появилось очень много работ советских, французских, английских, немецких и американских ученых, которые показывают, что физиобальнеотерапия вызывает не только местную реакцию. И мы уже давно доказали (работа доц. Берлина), что, например, грязевая лепешка величиной в 30 см², нагретая только до температуры тела, дает сдвиг в лейкоцитарной формуле влево, дает целый ряд сдвигов невро-гуморального порядка в организме.

Нам известен в последнее время целый ряд работ, которые показывают, что воздействие медикаментов на функцию того или другого органа, той или другой системы дает сплошь и рядом сдвиги в соотношении калия и натрия, кальция и натрия, что в свою очередь не остается без влияния на вегетативную нервную систему, а последняя не может не влиять и на невро-гуморальную регуляцию; другими словами, и

медикаменты влияют на все то, на что помимо нашего желания влияют химические ингредиенты пищи.

И действительно, клиницистам известно, что физиотерапевтические мероприятия, влияющие на диатез, не дают достаточного эффекта, не дают надежных результатов, если не согласовать применение этой терапии с характером пищевых рационов. Так, действие адреналина может быть резко усилено при помощи пищевых рационов, мочегонные средства не дают желаемого эффекта без ограничения подвоза поваренной соли; например, мы окончательно, подтвердили, что дигиталис и строфант оказываются у некоторых сердечных больных не эффективными, пока не изменится питание. Нам удалось выяснить, что горное солнце, дающее в целом ряде случаев хорошие результаты при полиартритах туберкулезного характера (Понсе) или при туберкулезных хронических перитонитах, становится эффективным у некоторых больных только на фоне десенсибилизирующей диэты. Нам удалось подметить, что аутовакцинотерапия с microbe de sortie, которую мы применяем в некоторых случаях инфекционных колитов, значительно эффективнее на фоне десенсибилизирующей диэты.

Мы видим, что фон питания является фактором, влияющим на эффективность как специфической, так и неспецифической терапии. В настоящее время расшифровка действия того или иного пищевого продукта, того или иного пищевого рациона в смысле влияния на тот или иной орган или систему делается гораздо более сложной и приобретает своеобразные и новые формы.

В связи с данными современной биохимии и биофизики мы знаем, что биологическое действие того или другого раздражителя находится в зависимости не только от физико-химического состава этого раздражителя, не только от состояния организма, но и в зависимости от действия тех раздражителей, которые влияют одновременно с ним. Другими словами, в настоящее время придается очень большое значение корреляции между раздражителями. Это значение корреляции окончательно доказано для различных ингредиентов пищевого рациона. Биологическое действие, например, углеводов на организм находится в зависимости от того, будет ли в этом пищевом рационе достаточное количество определенных витаминов (витамина В); окончательно, например, доказано, что действие того или иного витамина на отдельные органы и системы находится в зависимости от того, каков комплекс остальных витаминов, которые входят в данный пищевой рацион.

Это значение корреляции, значение соотношения между химическими ингредиентами пищи (в смысле влияния пищевого рациона на организм) современная терапия использовала в значительной мере: учитывая антагонистическое влияние между отдельными минеральными солями, можно добиться так называемой трансминерализации, т. е. замены в тканях одних минеральных солей другими. В современной диэтотерапии широко применяется так называемая противовоспалительная диэта: при этой диэте резко ограничивается подвоз ионов натрия, вследствие чего происходит значительная фиксация кальциевых соединений; последние же, как известно, действуют положительным образом на воспалительный процесс.

Школа Эппингера выставила теорию влияния на воспалительные процессы соотношения между калием и натрием, указав, что превалирование калия над натрием благотворно действует на всякие воспалительные процессы. Меркесу (клиника Бергмана) удалось выработать метод количественного измерения влияния ограничения ионов натрия в пище на развертывание воспалительного процесса.

Выяснение значения корреляции между пищевыми продуктами, а также новейшие исследования (более подробные) о химическом составе отдельных пищевых продуктов заставили современную диэтотерапию пересмотреть метод назначения и методику составления целого ряда пищевых режимов, широко назначаемых врачами. Дело в том, что подробный химический анализ пищевых продуктов показал, что и в продуктах растительного происхождения имеются в большом количестве такие составные части, которые мы прежде считали химическими ингредиентами, главным образом, животной пищи; достаточно указать на то, что, например, редиска и малина содержат громадное количество пуринов, что красная капуста содержит большое количество хлористого натрия. Вот почему современная диэтотерапия не может довольствоваться назначением молочно-растительного пищевого режима; последний может быть весьма разнообразен по своему химическому составу (много белка, много пуринов, много соли или обратные отношения).

Если невро-гуморальная диэтотерапия, т. е. диэтотерапия, которая может влиять на невро-гуморальные процессы, на проявления гиперергического состояния организма, которая может подавлять проявления наследственного диатеза, которая может влиять и на самый воспалительный процесс, — так мощна и так разнообразна в своем действии, то спрашивается, можем ли мы сейчас совершенно отказаться от прежней диэтотерапии, которая учитывала почти исключительно нарушение функций того или другого органа, той или другой системы, т. е. отказаться от органо-диэтотерапии?

Я думаю, что наши довольно многочисленные наблюдения не дают еще нам права отказаться от органо-диэтотерапии. Проблема невро-гуморальной диэтотерапии, проблема координации невро-гуморальной диэтотерапии и органо-диэтотерапии еще далеко не разрешена. Но прежняя органо-диэтотерапия, с которой мы знакомы еще со студенческой скамьи, изменила свои пути. Современная терапия вообще отказалась от прежней установки: «продолжительное щажение заболевшего органа». Современная терапия пришла к заключению, что продолжительная разгрузка, постоянное щажение того или иного органа, той или иной системы дает положительный результат очень медленно и притом — результат не стойкий. Поэтому и современная диэтотерапия отошла от метода постоянной и продолжительной разгрузки, от постоянного и продолжительного щажения. Периодическая или постепенная тренировка, периодическая разгрузка и нагрузка, тренировка и покой заболевшего органа дают более быстрый и более стойкий положительный результат. Мы видим, таким образом, что новый путь терапии вообще является и путем современной диэтотерапии и не только органо-диэтотерапии, но и невро-гуморальной диэтотерапии.

Еще в 1927 г. на Всесоюзном съезде терапевтов мне пришлось выступать с докладом об авитаминозах,

в котором я указал, что диэтотерапия хронических больных должна быть изменена, что монотонная и однообразная пища в течение продолжительного времени приносит вред. Нам удалось доказать на целом ряде серий голубей, что если авитаминозную пищу менять и разнообразить, то признаки авитаминоза выявляются очень медленно, постепенно и не в такой резкой степени, а у некоторых голубей эти признаки выявляются очень слабо.

Вот почему нами широко пропагандируется и внедряется система зигзагов в питании, система перехода от щажения к нагрузке, от покоя к тренировке органа, той или другой системы, той или другой части обмена веществ. Неордену принадлежит честь широкой постановки вопроса о зигзагах в питании больного человека (1930 г.). В нашей клинике мы разработали систему зигзагов в диэтотерапии применительно ко всем заболеваниям. Эта система известна, и я не буду на ней детально останавливаться.

Как я уже указал выше, органо-диэтотерапия и невро-гуморальная диэтотерапия при современном уровне наших знаний не исключают, а дополняют друг друга. Не следует забывать, что при всяком заболевании органа, при всяком нарушении функции последнего мы имеем пертурбации и в межуточном обмене, отрицательные сдвиги в последнем; появляются продукты патологического распада, патологического обмена, которые в свою очередь вредно влияют на функцию того или другого органа, той или другой системы. Мы имеем здесь замкнутый круг вредного взаимодействия. Вот почему нас теперь нисколько не удивляет, что больной, которого привозят к нам в клинику с очень резкой декомпенсацией сердечной деятельности, больной, который в течение продолжительного времени находился в одном из лучших клинических или больничных учреждений Москвы, где применялся весь арсенал сердечных средств без всякого результата, быстро поправляется под влиянием пищевого режима, определенным образом построенного; мы знаем, что у этого больного имеется этот замкнутый круг вредного взаимодействия, и вместо того, чтобы влиять непосредственно на сердце, мы влияем на межуточный обмен и получаем эффект у тех больных, у которых весь арсенал сердечных средств не давал эффекта. Во всяком случае современная диэтотерапия отходит от исключительного применения органотерапии. Мы применяем невро-гуморальную диэтотерапию, терапию, влияющую на весь организм в целом, но учитываем при этом и нарушенную функцию того или другого органа.

Таким образом современная диэтотерапия ищет пути координированного влияния на невро-гуморальные процессы и на функции отдельных органов, пути координированного влияния пищи и других терапевтических факторов с учетом реакции не только всего организма, но и отдельных органов у данного больного.

Этот новый путь дифференциальной диэтотерапии — путь сложный и трудный, даже при самых банальных заболеваниях. Этот путь особенно труден потому, что дифференциальная терапия вообще стоит на крайне низком уровне. Положение Боаса, который говорит, что дифференциальная терапия — это неизведанная и неисследованная земля, остается в силе. Даже при самых простых и несложных заболеваниях дифференциальная терапия очень мало разработана и недостаточно научно обоснована.

При наших теперешних попытках поставить дифференциальную диэтотерапию на должную высоту современных знаний, уместно задать следующий вопрос: не пора ли при изучении терапевтического влияния того или другого фактора, в том числе и алиментарного, перейти от лабораторных экспериментов к человеку, к экспериментам у постели больного? Я думаю, это даст нам гораздо более быстрые и лучшие результаты.

Намеченный сложный путь нас не пугает, потому что разработка вопросов диэтотерапии должна находиться в руках клиницистов, а клиницисты привыкли к выяснению сложных взаимодействий в живом организме. Клиницисты умеют сопоставлять мельчайшие субъективные и объективные признаки, они найдут правильный путь для диэтотерапии, проверяя, исправляя или подкрепляя на основании эксперимента у постели больного данные экспериментальных наблюдений над животными и данные лабораторных исследований.

Все вышеизложенное в достаточной мере обрисовывает те новые пути, по которым идет современная научно обоснованная диэтотерапия. В ней отражаются, как в зеркале, как новые пути современной терапии, так и современные воззрения в медицине.

Можно ли сомневаться в том, что этот мощный фактор неспецифической, а также и специфической терапии должен занять одно из видных мест в рациональной терапии. Этот терапевтический фактор должен быть обязательным для всякого терапевта, так как, хотим ли мы этого или не хотим, химические градиенты пищи вклиниваются в межуточный обмен и действуют в положительную или отрицательную сторону.

Мы имеем, таким образом, в настоящее время специальные пищевые режимы, влияющие на солевое хозяйство организма, на сенсибилизацию его, на воспалительный процесс, на определенную часть межуточного обмена, — режимы, могущие влиять на невро-гуморальную регуляцию. Лечебное питание постепенно внедряется в самые разнообразные дисциплины современной медицины, и таким образом перед нами открывается блестящая перспектива лечения питанием и перспектива объединения еще до сих пор разрозненных отдельных медицинских дисциплин.

Я должен подчеркнуть в заключение, без всякого зазнайства, что научная разработка вопросов лечебного питания идет в нашей стране более энергично, чем во всех других странах Европы. Доклады на Всесоюзной конференции по лечебному питанию в январе этого года (из клиники лечебного питания Киевского института питания, Ленинградского института питания, Одесского, Новосибирского, Харьковского и Центрального московского) показали, что в этих клиниках бьет ключом научная мысль, что там самым серьезным образом заняты разработкой научных проблем в области питания больного человека.

Это объясняется тем, что мы, советские врачи, работаем в особо благоприятных условиях, что именно в нашей стране научно обоснованные выводы, к которым мы приходим в наших лабораториях и клиниках, конкретизируются, проводятся в жизнь. Мы имеем возможность проверки клинических данных на больных в условиях их труда и быта. Нет ни одной страны в мире, где бы, как в нашем Союзе, ежедневно до 100 000 трудящихся получали лечебное питание без отрыва от производства.

ЭТИОЛОГИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

Проф. *Г. М. Гуревич*

Из клиники хирургической пропедевтики Винницкого медицинского института

При решении вопроса об этиологии эндемического зоба надо отказаться от монокаузализма. Мы считаем, что причина уральского, швейцарского, волынского и кавказского зоба не одна и та же. Зоб есть выражение специфической реакции щитовидной железы и может быть вызван различными агентами. Ниже мы постараемся показать сущность данной реакции.

Твердо установлено, что зобом заболевают главным образом женщины. И по нашим данным отношение зобатых мужчин к женщинам составляет 1 : 4. С другой стороны, наши данные, как и данные других авторов, говорят, что чем ближе к центру эндемии, тем больше эти взаимоотношения выравниваются. Кроме того, по нашим данным, совпадающим также с данными других авторов, у детей отношение числа мальчиков с зобом к числу девочек с зобом составляет 1,0 : 1,06. Из этого мы делаем вывод, что зоб одинаково поражает и мужчин и женщин, но что после наступления периода полового созревания у женщин появляются новые факторы, благоприятствующие развитию у них зоба.

Общеизвестен факт преобладания эндемического зоба у детей. Так, по нашим данным, процент поражения щитовидной железы в исследованной нами эндемической местности на Волыни у взрослых — 18%, у детей 39%. Очевидно, следовательно, что зоб, примерно, в половине случаев инволюционирует.

Таким образом зоб связан с известными эндогенными факторами — полом и возрастом. Bauer стремится доказать, что зоб есть болезнь, передающаяся по наследству согласно законам менделизма, причем является признаком доминантным по отношению к женскому полу. Точка зрения Bauer'a для нас совершенно неприемлема. Но если зоб и не является наследственным заболеванием в том смысле, что признаки зоба не заложены в самом генотипе, то, вместе с тем, развитию зоба способствует определенная наследственная конституция организма. Иначе мы не могли бы объяснить тот факт, почему в одной и той же семье, которая живет в данной эндемической местности и при прочих равных условиях, одни члены семьи заболевают зобом, а другие — нет.

Сардинская комиссия в 1848 г. нашла, что эндемия зоба чаще встречается в местности со *старыми геологическими образованиями*. Billiet считал, что юрский и меловой периоды (мезозойской эры) иммунны в отношении зоба и что существует связь между зобом и архейской эрой. Bircher в своих наблюдениях в Аурау выяснил, что села, лежащие справа от Аурау, интенсивно поражены зобом, между тем как левобережье, за исключением одного села, пощажено зобом. Все левобережье расположено на юрской формации, и только село, пораженное зобом, расположено на формации триаса. Bircher, на основании своих данных, считал, что с развитием зоба наиболее связаны геологические формации мезозойской эры.

Мы объясняем эти факты тем, что различный состав *воды* (не только питьевой), определяемый веществами, находящимися в ней во взвешенном или растворенном состоянии, может зависеть от геологических формаций данной местности. Что вода, повидимому, является средой, в которой находится фактор, вызывающий зоб, известно давно. Известно наблюдение Bircher'a, которое он произвел в Рупперсвиле — местности, пораженной значительной зобной эндемией. В 1886 г. там был открыт новый водный источник, и зобная эндемия начала уменьшаться:

В 1885 г. было поражено		59%	населения
„ 1886 г.	„	46%	„
„ 1889 г.	„	25%	„
„ 1895 г.	„	10%	„
„ 1907 г.	„	2,5%	„

В селе Asp в 1883 г. было 34% зобатых, 8% кретинов, 15% глухонемых. В 1907 г. был открыт новый питьевой источник в верхней половине села, а в нижней половине остался прежний. В 1910 г. можно было увидеть следующие результаты:

	Верхняя половина села	Нижняя половина села
Зобатых	6,4%	38%
Из них		
школьников . . .	5%	66%
взрослых	8%	20%

Факт связанности зобного фактора с водой для нас является бесспорным, и в наших наблюдениях[1] при исследовании волынского зоба в одном селе мы выявили, что школьники, жившие на хуторе и пользовавшиеся водой из особого источника, были поражены зобом все поголовно.

Господствующая в настоящее время теория о значении *дефицита иода* в происхождении зоба основана на многочисленных наблюдениях, опытах, экспериментах. Еще в 1850 г. было высказано предположение, что причина развития зоба заключается в отсутствии иода в воздухе и в воде. Эта теория приобрела мало сторонников, и лишь в последнее время, в связи с успехами иодной профилактики, она стала господствующей. В 1915 г. Chatin высказал предположение, что зоб компенсирует недостаточность иода в пище. Неправильная с нашей точки зрения мысль оказалась ценной тем, что впоследствии вызвала к жизни иодопрофилактику. Bircher, изучая швейцарский зоб, разработал статистические данные по призыву новобранцев в 1875—1880 гг. Выяснилось, что распределение зоба по отдельным кантонам нельзя объяснять водно-геологической теорией. Оказалось, что решающим фактором являлась монополия на соль. Кантон Waadt доставал соль из собственной солеварни (неэндемическая местность). Кантон Фрейбург доставал соль из чужой солеварни (эндемическая местность). В 1894 г. анализ показал отсутствие иодистых соединений в почве второй солеварни.

[1] Географическая патология волынского зоба. Вестник хирургии им. Грекова, 1935.

Но зоб может быть также эндемичен в местностях, где почва богата иодом (побережье Голландии). В Памбертоне эндемия захватывает 80% населения, вода же, которою пользуется население, содержит 103 части иода на 1 миллион частей воды. В Ванкавере же заболеваемость зобом составляет только 8%, а в питьевой воде иода содержится гораздо меньше. Carrison, на основании наблюдений в Гималаях, не находит прямой зависимости между заболеваемостью зобом и количеством иода, содержащегося в почве. В самом центре эндемии количество иода, содержащегося в почве в двух рядом лежащих местностях, может быть приблизительно одинаково, в то время как в одной из них наблюдается очаг эндемии, в другой — нет.

Последние наблюдения Carrison'a экспериментального характера показали, что питьевая вода, содержащая большое количество иода, не предупреждала развития эндемии в случае бактериального загрязнения. При замене бактериологически загрязненной воды водой бактериологически чистой получалось быстрое и полное исчезновение болезни в той местности, где перед этим эндемия существовала в течение 70 лет, несмотря на то, что при новом водоснабжении вода содержала иода меньше, чем та, которой пользовалось население прежде.

Таким образом, из всех имеющихся данных мы можем установить тот важный факт, что эндемия зоба развивается преимущественно в местностях, где вода содержит мало иода. Но не менее твердо следует считать установленным и то, что эндемия зоба может развиваться и там, где иода в воде достаточно. Это обстоятельство само по себе дает основание исключить предположение, что недостаток иода является единственной причиной возникновения зоба. В этом вопросе мы вполне согласны с Carrison'ом, считающим, что вода является проводником зобного фактора, а иод, находящийся в воде, действует каким-то предупреждающим болезнь образом. Факты говорят с полной очевидностью за то, что причиной зоба является не отсутствие иода, а какие-то иные неизвестные факторы, проводником которых является вода, и что наличие иода в больших количествах не всегда в состоянии приостановить действие этих факторов. Что такой зобный агент существует, видно из опытов того же Carrison'a, который экспериментально вызывал зоб у людей, давая им пить «зобную» воду, в то время как, давая пить ту же «зобную» воду в кипяченом виде или после прохождения через беркенфельдов фильтр, он зоба не получал. Предупреждающее действие иода при взаимодействии между зобным агентом и организмом подтверждается многочисленными наблюдениями мировой литературы. Идею иодопрофилактики впервые выдвинул Chatin в 1850 г. Он исходил из тех эмпирических соображений, что зоб отмечается в местностях, где отсутствует иод в воде и пище.

Практически проблема введения иода разрешена введением его с солью. По опыту кантона Waadt следует, что если человек употребляет 5 кг соли ежегодно, то иода он вводит 0,04 г. Это соответствует ежедневной дозе в 0,1 мг. В эндемических центрах Северной Америки, в районе Великих Озер, Marine и Rimball в 1913 г. вводили профилактически микродозы иода. Результаты оказались блестящими. Heller констатировал прекрасные результаты у 22 000 школьников в Зальцбурге. Oswald сообщает о прекрасных результатах школьной профилактики у 19 000 детей. По его данным, процент зобатых через 6-7 месяцев уменьшился наполовину. В Рочестере благодаря Olesen'у было иодировано 300 000 человек. В результате число зобатых резко уменьшилось.

Таким образом приведенные факты показывают, что эффект иода — в его предупреждающем действии. Нет никаких данных для утверждения, что специфическая причина развития и образования зоба заключается в отсутствии иода. Наоборот, все факты говорят за то, что *специфическая причина лежит вне иода и что отсутствие иода является лишь благоприятствующим моментом для развития зоба.*

Наблюдения Carrison'a, Kirsch'a и др. говорят, что если к богатой иодом, но бедной витаминами пище, т. е. к такой пище, которая в эксперименте не вызывает зоба, добавить избыток масла или жирных кислот, то у части животных может возникнуть гиперпластический зоб. Эти же авторы отмечают, что при этих условиях увеличенный пропорционально избытку в пище жиров или извести прием иода может предупредить развитие гиперплазии щитовидной железы.

Если десятидневным головастикам назначается пища, состоящая из казеиногенной крупчатки и зелени жагла с добавлением к ним в избытке масла или жирных кислот, то щитовидная железа перестает нормально развиваться и выполнять присущие ей функции, вследствие чего головастики перестают расти. Если к пище будет добавлен иод в количестве, пропорциональном избытку жиров, то функциональная деятельность щитовидной железы стимулируется, и головастики растут нормально.

Эти наблюдения указывают на то, что достаточное количество иода и нормальные соотношения в пище между иодом и другими ее составными частями являются существенными для стимулирования нормальной деятельности щитовидной железы. (Carrison.) Таким образом отсутствие витаминов в пище, богатой иодом, не вызывает развития зоба или вызывает в том случае, если пища сбалансирована с избытком жира (кроме рыбьего). Пища, бедная витаминами и бедная иодом, может вызвать у части подопытных животных развитие зоба. И тут струмогенным агентом является не отсутствие иода, а бедность пищи витаминами и избыток в ней жирных кислот. Так как пища, вызывавшая образование зоба в эксперименте, давалась в вареном виде, то струмогенный агент, в ней содержащийся, очевидно не идентичен с водным струмогенным агентом, разрушающимся от кипячения.

Marine и Lenhardt установили, что если устроить ряд водоемов, расположенных один над другим, причем снабжающая вода будет проходить последовательно эти водоемы и пища для рыб будет содержать много жиров, то количество зобатых рыб будет последовательно возрастать от 3% в первом водоеме до 84% в последнем водоеме. Авторы пришли к выводу, что перекармливание и слишком тесное помещение являлись главными факторами, способствовавшими загрязнению и антисанитарному состоянию водоемов и осадков, а это антисанитарное, антигитиеническое состояние водоема имеет значение для развития гиперплазий щитовидной железы.

Наблюдения Гейлорда показывают, что если давать собакам и крысам соскоб с внутренних стенок резер-

вуаров, в которых содержалась зобная рыба, то у собак и у крыс может развиться зоб. Bircher кормил крыс рисом, смешанным с испражнениями, и получал изменения в щитовидной железе. Результаты опытов Carrison'a сводятся к следующему: у коз, находящихся под строгим контролем, заболевание зобом получалось при питье воды, которая обильно была заражена испражнениями больных зобом; заболевание наблюдалось у 45% животных. Введение козам через рот живых культур спороносных бактерий, полученных из испражнений больных зобом, вызывало у 57% животных гиперпластические и дегенеративные изменения в щитовидной железе. У крыс применение фильтрата эмульсии, приготовленной из испражнений больных зобом, давало 100% заболевания зобом. Все эти результаты указывают на то, что вызывающие зоб токсины содержатся в испражнениях. Применение культур анаэробных бактерий, полученных из испражнений больных зобом, вызвало заболевание зобом у 100% крыс.

Таким образом загрязненные источники пищи и воды, содержащие бактерии и их токсины, могут быть причиной зоба.

Приведенные факты достаточны для того, чтобы составить себе представление о патогенезе зоба и его этиологии.

Зоб есть результат взаимодействия совокупности экзогенных факторов данной среды и эндогенных условий данного организма. Среди этих факторов отсутствие иода не является причинным моментом, ибо мы видели, что зобы развиваются и при нормальном и даже при увеличенном поступлении иода в организм. В этиологии зоба нельзя усматривать один фактор как специфический для всех зобов различных географических широт.

Нельзя разрешить проблемы этиологии зоба вне связи с морфологией зоба, вне связи с функцией железы, иначе говоря — вне связи с патогенезом зоба.

На основании изучения патогенеза зоба мы пришли к выводу, что центр тяжести действия эндемического фактора — в соединительнотканном аппарате щитовидной железы.[1] Выдвигаемое нами утверждение в значительной мере облегчает понимание различных факторов в этиологии зоба, объясняет вопросы, бывшие неясными — значение пола, возраста, профессии, и, что особо важно, значение иодо-профилактики. Последняя приобретает иной удельный вес.

Самые разнообразные причины ведут к возникновению зоба. Выше мы их указывали. Для каждой данной местности может существовать одна причина, отличная от причины в другой эндемической местности. Но все они вызывают заболевание, имеющее в своей основе единый для всех местностей патогенез. Проблема этиологии зоба заключается в изучении причины зоба, специфической лишь для данной местности, ибо единой причины, специфической для всех эндемических местностей, не существует.

К ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОГЕННЫХ ПОНОСОВ

Е. Г. Зархи (Ленинград)

Из Областной поликлиники водников

Впервые в 1896 г. Опплер и в 1898 г. Эйгорн, к которым впоследствии присоединились и другие исследователи, указали, что большая часть заболеваний кишечника — желудочного происхождения, в особенности поносы, которые являются следствием уменьшения желудочной секреции, и в частности — ахилии.

По Шмидту от 15 до 20% всех больных с ахилией заболевает вторичным расстройством кишечника.

Работы последних лет (Рысс, Шаталова, Смотров) снова подчеркивают тесные взаимоотношения между отдельными органами пищеварения. В частности нарушения функции в любой части пищеварительного аппарата могут нарушить нормальные функции кишечника. Лауэнберг, определяя рентгенологически связь между патологическим состоянием желудка и толстого кишечника, отмечает наличие колита в 50% случаев атрофического гастрита. Бергман приводит мнение хирурга Лера, что желудок ахилика напоминает помойную яму, настолько он переполнен бактериями, которые не погибают в нем из-за отсутствия соляной кислоты, либо, по новым исследованиям Локеман и Урлиха, — из-за того, что роданистые щелочи оказывают свое действие только в присутствии соляной кислоты. Отсутствие бактерицидного действия желудочного сока ведет к накоплению патогенных микробов не только в желудке, но и в тонких кишках. Плохо измельченная пища с нарушенной химификацией, попадая в тонкие кишки, становится под влиянием патологической флоры субстратом для ненормального брожения и гниения. Образующиеся при этом продукты могут привести к повреждению слизистой и к реактивному ее воспалению.

На обратное взаимодействие, т. е. на образование ахилии при токсическом энтероколите, указывает Бергман. Причинную связь между заболеванием желудка и кишечника мы наблюдали и на наших больных в Областной поликлинике водников. С 1934 по 1936 г. мы в 25 случаях имели дело с длительными стойкими поносами, в течение многих месяцев подряд не поддававшимися действию ни диеты, ни значительных доз соляной кислоты по Лео, ни закрепляющим средствам.

Кроме свойственных всем больным жалоб на частый стул, иногда до десяти раз в сутки, чаще ночью и по утрам, иногда с предварительными болями перед стулом, наличием слизи в испражнениях, урчанием, вздутием в области кишечника, обильным количеством газов, имелись жалобы на тяжесть и распирание в подложечной области, тошноты, отрыжки, реже изжоги, вздутие в поджелудочной области. При исследовании желудочного содержимого тонким зондом (капустный раздражитель) мы в 18 случаях наблюдали отсутствие кислотности, в 4 — понижение кислотности и в 3 — повышение кислотности. Почти во всех

[1] Динамическая морфология эндемического зоба. Доклад на XXII съезде хирургов и Arch. f. klin. Chir., 1932.

случаях в желудочном содержимом имелось значительное количество слизи как натощак, так и после пробного завтрака.

Учитывая наличие явлений гастрита у наших больных в случаях с упорными поносами, мы решили воздействовать на самый гастрит и тем самым купировать поносы. В ряде случаев назначением колларгола и Argenti nitrici нам удавалось получить лучший эффект, чем от назначения соляной кислоты либо закрепляющих средств. Несравненно лучший результат мы получали от промываний желудка, рекомендовавшихся старыми авторами при гастритах (Боас. Ридель), затем долгие годы вообще не употреблявшихся и в последние годы снова вошедших в употребление (Knud Faber, Гаусман, Лурия, Херст). В период промывания желудка режим больного не менялся и никакое другое лечение не назначалось. Эффект иногда получался прямо поразительный. После нескольких месяцев упорного поноса стул иногда уже после четвертого промывания чистой водой становился кашицеобразным, до двух раз в сутки, значительно менее болезненным; в первую очередь исчезали тошнота, отрыжка, изжога и вздутие живота.

После курса промываний желудка (обычно мы их делали от шести до десяти раз через день), нам во всех вышеуказанных 25 случаях с упорными поносами удалось добиться либо оформленного, либо кашицеобразного стула один-два раза в сутки, без выраженных диспептических явлений.

Случай 1. Больной З., 26 лет, кочегар парохода. Жалобы на упорные поносы, урчание в кишечнике, вздутие живота, тошноту. Считает себя больным с 1932 г. после перенесенного геморагического колита. До 1934 г. поносы периодически сменялись запорами. В конце 1934 и в 1935 г. длительное обострение в течение 3 месяцев, стул семь-восемь раз в сутки, болезненный, со слизью, без крови, чаще утром и ночью, газы, тошнота, плохой аппетит.

Объективно: больной среднего роста, удовлетворительного питания, при осмотре живота — некоторое вздутие книзу живота и отчетливая болезненность по ходу толстых кишек, наибольшая в левом отрезке col. transversi; небольшой шум плеска; край печени не определяется, чувствительность в области печени при поколачивании. Исследование желудочного содержимого тонким зондом: свободная соляная кислота во всех порциях отсутствует; слизь +++. Рентген желудка: рельеф слизистой неясно выражен, контуры желудка и двенадцатиперстной кишки гладки. Исследование дуоденального содержимого без существенных отклонений от нормы.

Ввиду упорных и ничему не поддающихся поносов больному было назначено промывание желудка обычной водой. Во время промывания оставалась прежняя диэта, режим больного не менялся и никакое другое лечение не назначалось. При первых исследованиях промывных вод огромное количество слизи. После третьего промывания количество слизи уменьшилось, одновременно уменьшилась и частота стула. Ночные поносы прекратились. После шестого промывания стул до двух раз в сутки кашицеобразной консистенции, безболезненный. После девятого промывания стул один-два раза в день оформленный, диспептических явлений нет. Больной уехал в заграничное плавание. Через год у больного снова появились поносы. Больной, находясь в Мурманске, явился в местную амбулаторию и настоял на повторных промываниях желудка. После третьего промывания поносы прекратились. Больному сделано 7 промываний желудка. Он прибыл в весе на 7 кг и снова отправился в заграничное плавание. Повторные исследования желудочного содержимого тонким зондом в период покоя: свободная соляная кислота отсутствует, слизь +.

Случай 2. Больной Я., 46 лет, научный работник. Жалобы на учащенный стул до шести раз в день, жидкой консистенции с наличием слизи в испражнениях, урчание, газы, тошноту. Считает себя больным около 20 лет. После шестидневного голодания обильно поел, после чего появились поносы с кровью, с повышением температуры и повторными рвотами. В течение 4 лет периодические обострения два-три раза в месяц. Сравнительно хорошее самочувствие с 1918 по 1932 г. В 1932 г. кровавый понос. Следующее обострение в 1935 г. Снова поносы до пятнадцати раз в сутки со слизью и небольшим количеством крови. В течение нескольких месяцев больной безуспешно лечился в различных лечебных учреждениях.

Объективное состояние: удовлетворительное питание, сердце и легкие нормальны, живот вздут, при пальпации болезненность по ходу толстых кишек, которые спастически сокращены, наибольшая болезненность в левом отрезке col. transversi; чувствительность в области печени. Исследование желудочного содержимого тонким зондом: свободная соляная кислота отсутствует, слизь +++. Исследование дуоденального содержимого: без существенных отклонений от нормы. Protozoa в кале не найдены.

Ввиду того, что больной до прихода в амбулаторию безуспешно получал в больших дозах соляную кислоту, панкреон, висмут с таннальбином, он сразу же был назначен на повторные промывания желудка при той же самой диэте и при отказе от всех других лечебных назначений. После четвертого промывания стул до четырех раз в сутки кашицеобразной консистенции с меньшим количеством слизи; исчезли почти все диспептические жалобы. После восьмого промывания стул один раз в день кашицеобразной консистенции. Больной был обследован через год: самочувствие удовлетворительное, поносов не было, несколько ограничивает себя в отношении диэты.

Случай 3. Профессор-гидролог В., 41 года. Считает себя больным около полутора лет. Геморагического колита в анамнезе нет. Последнее обострение длится около 3 месяцев. Стул до пяти раз в день, со слизью, боли внизу живота, урчание, газы, сильные изжоги, тошноты. Исследование желудочного содержимого тонким зондом: максимально свободной соляной кислоты 90, общая кислотность 110, слизь +. Рентгеноскопия желудка — без существенных отклонений от нормы.

Больной удовлетворительного питания, выраженная чувствительность в области печени, прощупывается край ее на 2 см из-под реберной дуги, отчетливая болезненность по ходу толстых кишек, особенно colon descendens, который несколько сокращен. Больному назначены промывания желудка ввиду безуспешности лечения закрепляющими средствами. После пятого промывания исчезли диспептические явления, стул один-два раза в день кашицеобразной консистенции, слизи в стуле почти нет. Обследован повторно через 3 месяца. Стул один-два раза в день, периодически болезнен, из других жалоб — значительная изжога. Выраженная болезненность в области colon descendens.

Случай 4. Л., 55 лет, сортировщик. Жалобы на частый стул, до пяти-шести раз в сутки, болезненный, со слизью, без крови, газы, урчание внизу живота. Считает себя больным около 3 лет. Геморагического колита в анамнезе нет. Периодические обострения один-два раза в месяц. Принимал соляную кислоту, панкреон, висмут, таннальбин. Ввиду безуспешности лечения назначено промывание желудка при той же самой диэте, при том же самом режиме и отказе от других лечебных назначений. После третьего промывания стул два-три раза в день, жидко-кашицеобразной консистенции. После шестого промывания стул кашицеобразный один-два раза в день, прибавил в весе 3 кг. Исследование желудочного сока тонким зондом: соляная кислота отсутствует, слизь ++. Болезненность толстых кишек при пальпации исчезла после промываний желудка.

Среди наших больных с поносами отмечались случаи рефрактерные к промываниям желудка. Повторные исследования испражнений таких больных дали в одном случае цисты (lambliae intestinalis), а во втором препараты entamoeba hystolytica, и только при назначении соответствующего лечения (препараты эметина, мышьяка) удалось прекратить упорные поносы.

Что касается механизма благоприятного действия промывания желудка, то прежде всего благодаря промыванию желудок освобождается от значительного количества слизи, что нами и наблюдалось во всех случаях (наличие тягучей слизи, тесно связанной

с химусом — до промывания, и отсутствие ее, либо значительное уменьшение — при повторных промываниях). В случаях с замедленной эвакуацией улучшается и двигательная способность желудка. Благодаря повторным промываниям вымывается из желудка огромное количество патогенных микробов и продуктов распада белковых тел (Бергман). Отсутствие огромного количества слизи и значительное уменьшение патологической флоры в пищевом содержимом, попадающем в кишечник, несомненно создают условия для уменьшения гниения и брожения в кишечнике, вследствие чего исчезают в первую очередь диспептические явления и прекращаются поносы. Возможно, что благоприятное действие промывания желудка зависит от удаления пищевых аллергенов. Франк видел благоприятное действие промываний желудка на печень. Тот факт, что в одной трети всех наших случаев болезнь имела острое начало с явлениями геморагического колита и повышением температуры, говорит за инфекционное происхождение данного заболевания. Повторные обострения могут указывать на сенсибилизацию организма по отношению к нормальной кишечной флоре. Повторные промывания желудка, вымывая патогенные микробы, слизь, продукты распада белковых тел, возможно, тем самым десенсибилизируют организм, и поносы прекращаются.

Мы далеки от утверждения, что во всех случаях мы излечиваем больного промыванием желудка. Через несколько месяцев, а иногда через год больные к нам возвращаются снова, и повторно мы назначаем им курс промываний желудка с неизменным успехом. Несомненно одно: у всех вышеуказанных 26 больных, в течение многих месяцев страдавших упорными поносами, рефрактерными к обычным методам лечения, повторные промывания желудка дали прекрасный эффект.

СЕРОТЕРАПИЯ ДИЗЕНТЕРИИ КОНТРАСТНЫМИ ПО ТИТРУ СЫВОРОТКАМИ ШИГА [1]

А. Р. Конова и *П. Б. Садовский*

Из сывороточно-вакцинного отдела (зав. — *А. Г. Григорьева*) Ленинградского филиала Всесоюзного института экспериментальной медицины

Анализ литературных данных о действии дизентерийной сыворотки за 40 лет ее существования приводит в общем к положительной оценке: в одних случаях блестящей, в других посредственной и в единичных отрицательной. Особый интерес к сывороточной терапии возник после империалистической войны, когда массовые наблюдения в армиях различных стран подтвердили ее терапевтическое значение. Несмотря, однако, на улучшение качества сывороток, на последовавшую за последние годы стандартизацию их, несмотря также на уточнение и ускорение бактериологической диагностики дизентерии, значение этого метода лечения пока далеко не может считаться установленным (Барыкин, Розенталь, Корепчевский, Ивашенцев, Данилевич, Розенберг, Стефанский, Уманский, Розен, Kruse, Wolf-Eisner, Flexner, Kraus, Dopter, Jochmann, Ludke, Hainiss, Tornet).

Наша работа является прямым ответом на постановление СНК РСФСР в 1930 г., предъявившего основное требование к производственным отделам бактериологических институтов — расширить контроль над выпускаемыми лечебными препаратами путем непосредственной работы совместно с клиниками заразных болезней для более детальной проверки терапевтической эффективности этих препаратов на людях.

В течение 1935 и 1936 гг. дизентерийное отделение сывороточно-вакцинного отдела Всесоюзного института экспериментальной медицины совместно с Больницей им. Филатова посвятили значительную часть своей работы изучению эффективности дизентерийных моновалентных шиговских сывороток у больных детей. Основная задача этой работы: 1) установление зависимости лечебного эффекта сыворотки от содержания в ней антитоксических единиц и 2) разработка более углубленного метода анализа оценки эффективности сывороток на клиническом материале.

Разнобой в сывороточно-вакцинной практике, проявляющийся в том, что титры сывороток дают огромные колебания от 300 до 10 000 антитоксических единиц (АЕ) в 1 см³, получает свое отражение и в лечебной практике, так как дозировка сыворотки при лечении производится, как правило, в объемных единицах без учета количества антитоксических единиц. Поэтому отсутствует хотя бы приближенное представление о количестве АЕ, необходимых для хорошего лечебного эффекта.

Изучение контрастных сывороток проведено нами на 210 детях. Кроме крайних по силе контрастных сывороток, на детях была применена еще сыворотка среднего титра для выяснения ее лечебного эффекта. Таким образом были испытаны три сыворотки: 1) № 52, содержащая в 1 см³ 450 АЕ, 2) № 165, содержащая в 1 см³ 1400 АЕ, и 3) № 167, содержащая 9000 АЕ в 1 см³. Сыворотки применялись с апреля до октября в период нарастания частоты заболеваний как шиговскими, так и флекснеровскими формами дизентерии. Введение сыворотки производилось одновременно в двух отделениях больницы, и количество детей, леченных контрастными по титру сыворотками, было приблизительно одинаковым. Что касается сыворотки среднего титра, то количество леченных ею детей было значительно меньше, но достаточное для того, чтобы определить ее эффективность. Сыворотка вводилась внутримышечно в ягодицу. Дозировка была для всех сывороток одинаковой, т. е. 30 см³. Таким образом при сохранении постоянного объема вводимой сыворотки больные дети получали, соответственно силе сыворотки, при применении № 52 — 13 500 АЕ, при применении № 165 — 42 000 АЕ, при применении № 167 — 270 000 АЕ. Как правило, сыворотка вводи-

[1] Ввиду недостаточности материала, обработанного авторами, процентные соотношения, приводимые в тексте и в таблицах, выведены на столь небольшого числа наблюдений, что не могут претендовать на какое-либо самостоятельное значение. Полагая, что в таких случаях вообще не следует вычислять процентных отношений, Редакция считает все же возможным поместить статью в настоящем ее виде, учитывая интерес, ею представляемый, и рассматривая полученные автором цифровые соотношения лишь как предварительно памечающиеся тенденции, подлежащие дальнейшему изучению. *Ред.*

лась однократно. В отдельных случаях, когда однократное введение сыворотки не давало лечебного эффекта, она вводилась повторно. Возраст детей колебался от нескольких месяцев до 12 лет. Сыворотка применялась только в средних и тяжелых случаях дизентерии.

Общий сводный материал приводит к результатам, представленным на рис. 1 и 2.

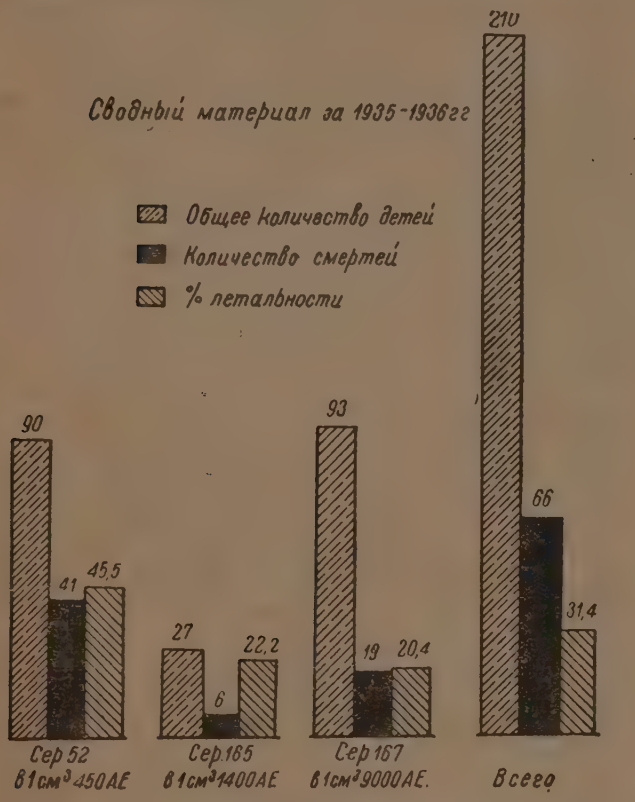


Рис. 1. Летальность при применении моновалентных контрольных шиговских сывороток.

Если в оценке эффективности указанных в таблицах сывороток исходить из процента летальности, то сыворотка с высоким титром обнаруживает эффективность вдвое бо́льшую, чем сыворотка с низким титром (рис. 1). Почти ту же эффективность мы получаем при распределении больных с выясненной этиологической формой болезни по признаку заболеваний, вызванных шиговскими и флекснеровскими палочками (рис. 2).

Если рассмотреть непосредственный результат серотерапии, то оказывается, что сыворотка с низким титром дает в редких случаях быстрый эффект, а у большинства больных эффекта вовсе не дает. При сыворотке высокого титра мы получаем обратные соотношения. Результаты лечения нами обозначались терминами «быстрый эффект», «замедленный эффект» и «без эффекта». Как «быстрый эффект» лечения учитывались те случаи, когда после введения сыворотки у ребенка прояснялось сознание, наступала дезинтоксикация, температура с 39° и выше спускалась до нормы, уменьшалось количество испражнений, исчезала кровь из стула. «Замедленный эффект» характеризовался дезинтоксикацией, частичным снижением температуры, уменьшением частоты стула, но с сохранением в нем крови. «Без эффекта» считались случаи, когда несмотря на применение сыворотки явления интоксикации сохранялись в полной мере, количество и качество испражнений не изменялись и температура оставалась на высоком уровне. Такие случаи большей частью давали смертельный исход (рис. 3).

Таким образом, применяя общепринятую методику в оценке эффективности серотерапии, мы должны были притти к обнадеживающим данным, особенно в отношении сывороток высокой силы. Но задача определения эффективности контрастных дизентерийных

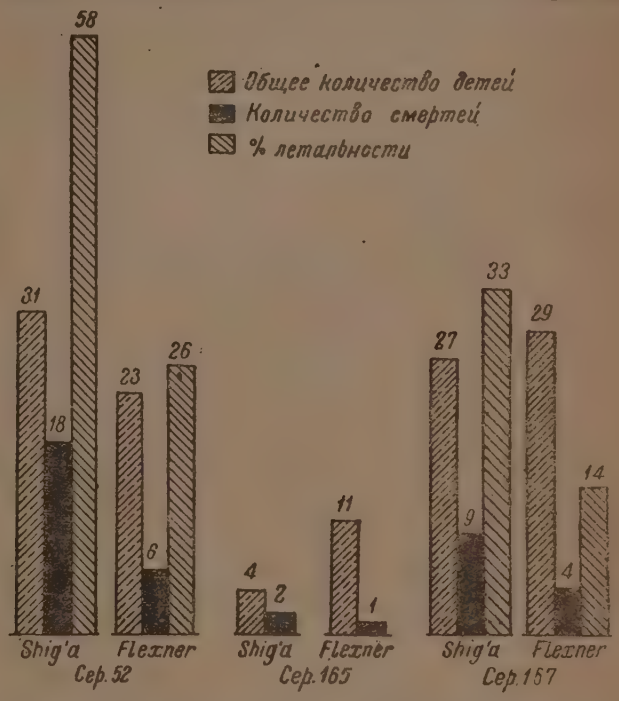


Рис. 2. Лечебный эффект моновалентных контрастных шиговских сывороток при шиговских и флекснеровских формах дизентерии. Сводный материал за 1935—1936 гг.

моновалентных сывороток Шига не была бы полностью исчерпана, если бы наши данные не были рассмотрены с точки зрения возрастного состава больных, в зависимости от дня введения сыворотки, от специфического действия ее в связи с этиологическим фактором и с соотношением этиологических форм дизентерии на равных отрезках эпидемической кривой и т. д. Другими словами, общие данные, полученные в результате двухлетних наблюдений, представленные в первых двух таблицах, требуют тщательного анализа с точки зрения вышеуказанных факторов, ибо игнорирование их могло бы нас привести к ошибочным выводам.

Ближайшее рассмотрение вышеуказанных данных в возрастном разрезе и в связи с днем введения сыворотки показывает, что если исходить из признанного положения о значимости раннего введения сыворотки, то оказывается, что сыворотка № 167 вводилась в более ранние сроки, чем сыворотка № 52. В то время как сыворотка низкого титра в первые 3 дня болезни была введена 27 детям, сыворотка высокого титра введена в первые 3 дня 38 детям. Но, с другой стороны, если учесть раннее введение сыворотки только наи-

более уязвимой возрастной группе, т. е. до трехлетнего возраста, то получается обратная картина: сыворотку низкого титра в первые 3 дня получили 16 ребят до трехлетнего возраста, а сыворотку высокого титра

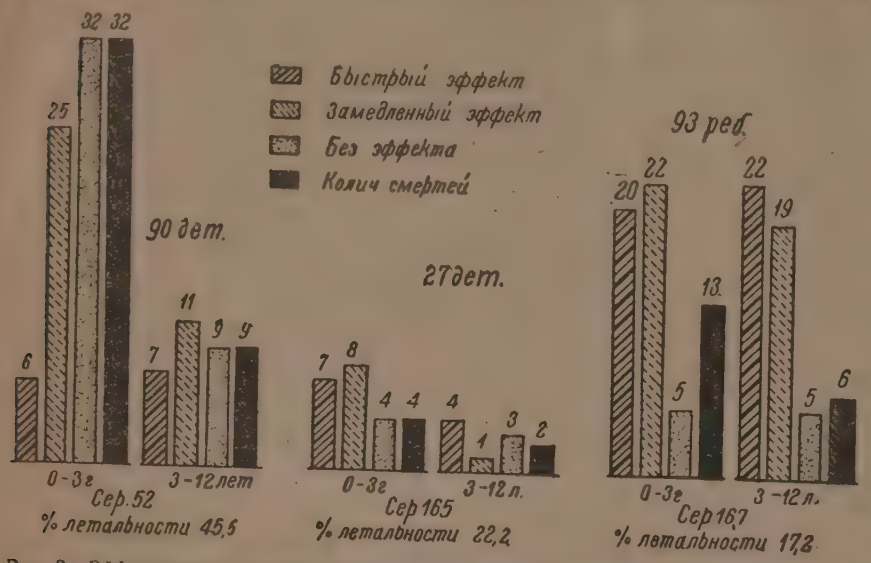


Рис. 3. Эффективность контрастных моновалентных сывороток Шига в зависимости от возраста. Данные за 1935 и 1936 гг.

в первые 3 дня получили только 13. Таким образом условия, при которых вводилась сыворотка, более или менее уравниваются.

Если рассмотреть материал с точки зрения эффективности сывороток по разным возрастным группам (рис. 3), то оказывается, что среди детей, леченных сывороткой до трехлетнего возраста, летальность больше, чем среди детей более старших возрастов. Но если сравнить показатели летальности детей до трехлетнего возраста в зависимости от титра сывороток, то получается та же двойная эффективность сыворотки высокого титра, как при разборе рис. 1 и 2. Из рис. 3 видно, что при применении сыворотки № 167 быстрый эффект обнаруживается в 42 случаях, а при применении сыворотки № 52 — всего в 13. Без лечебного эффекта осталось при введении сыворотки высокого титра 10 детей, при введении сыворотки низкого титра — 41 ребенок. Отсюда и большая летальность при лечении сывороткой низкого титра.

Эти данные об эффективности контрастных сывороток касаются всех детей без учета этиологического фактора. Прежде чем перейти к анализу этого последнего, наиболее важного фактора, нужно сказать, что наше исследование производилось в течение весенних и летних месяцев, причем сначала наблюдалось преобладание флекснеровских форм; шиговские формы начинают высеваться несколько позже, достигают в июле почти такого же уровня, как и флекснеровские формы, но этот уровень сохраняется и в августе при резком падении в это время числа флекснеровских форм; палочка Шига продолжает высеваться еще в значительном количестве и в сентябре, в то время как флекснеровские формы обнаруживаются в количестве, в два раза меньшем.

При анализе нашего материала за 1936 г. в отношении эффективности контрастных сывороток в связи с специфическим действием моновалентной сыворотки на шиговские и флекснеровские формы в разных возрастных группах, при раннем и позднем введении сывороток по дням болезни выявляется слабое действие сыворотки Шига низкого титра на шиговские формы дизентерии в младших возрастных группах до 3 лет, т. е. в самых чувствительных к дизентерии возрастных группах детей. 60% летальности при введении сыворотки низкого титра и 50% летальности при введении сыворотки высокого титра для этого возраста показывают, что, несмотря

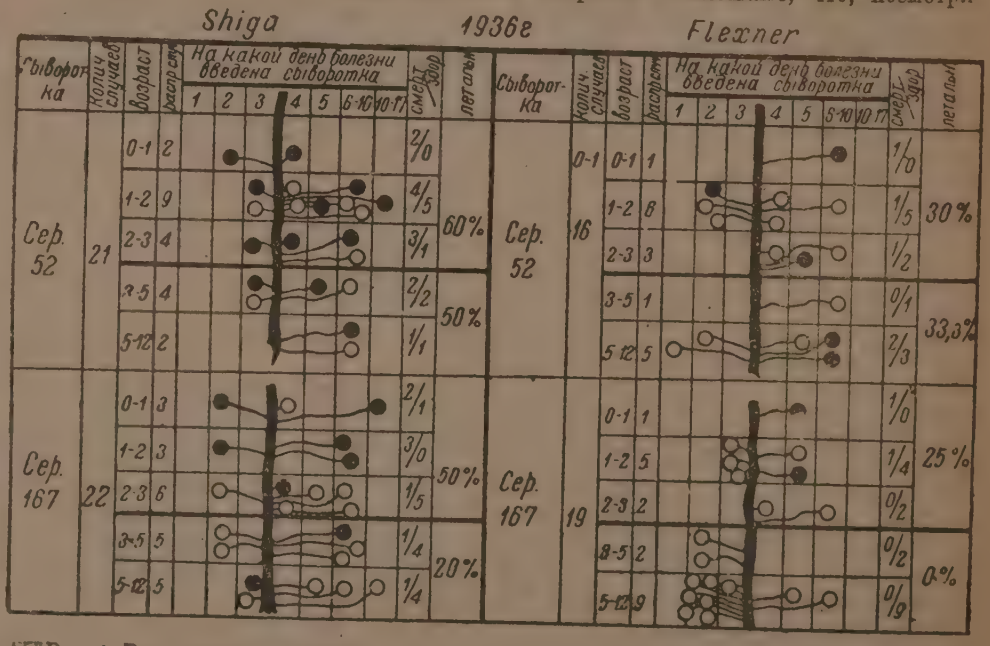


Рис. 4. Распределение шиговских и флекснеровских форм по возрасту и дню введения сыворотки (за 1936 г.).

на высокую концентрацию антитоксических единиц, детский организм остается незащищенным от интоксикации и смертельного исхода. Так же обстоит дело и при исследовании эффективности указанных шиговских сывороток на флекснеровские формы дизентерии в тех же самых возрастных группах.

Соответствующие цифры летальности (30% при введении сыворотки низкого титра и 25% при введении сыворотки высокого титра) обнаруживают весьма малую эффективность серотерапии применительно к младшим возрастам. Эти же данные свидетельствуют о меньшем проценте летальности при флекснеровских формах дизентерии и об отсутствии специфического действия шиговской сыворотки на флекснеровские формы дизентерии в младших возрастах.

Совершенно другая картина получается при исследовании действия контрастных сывороток на детей очагового и школьного возрастов. Тут показатель эффективности сыворотки высокого титра равняется при шиговских формах 2,5. Эффективность обнаруживается при действии как на шиговские, так и на флекснеровские формы. Особенно велика эта эффективность при лечении флекснеровских форм дизентерии детей старше 3 лет. В то время как при лечении сывороткой № 52 летальность достигает 33,3%, сыворотка высокого титра не дала ни одного смертного случая. Нужно признать, что количество обследованных нами детей с заболеваниями определенными этиологическими формами в 1936 г. чрезвычайно мало и явно недостаточно для окончательного суждения по этому вопросу. Произведенный анализ представляет только канву, по которой нужно вести исследование материала в дальнейшем.

Shiga (Сводная табл 1935 и 1936 гг) Flexner

Сыворотка	Колич случаев	Возраст	Распр %	На какой день болезни введена сыворотка 1	2	3	4	5	6-10	11	Смерт/здор	летальн
Сер. 52	31	0-1	6								4/2	65%
		1-2	12								8/5	
		2-3	5								3/2	
		3-5	4								2/2	43%
		5-12	3								1/2	
Сер. 167	27	0-1	3								2/1	50%
		1-2	3								3/0	
		2-3	6								1/5	
		3-5	7								2/5	20%
		5-12	8								1/7	

Сыворотка	Колич случаев	Возраст	Распр	На какой день болезни введена сыворотка 1	2	3	4	5	6-10	11	Смерт/здор	летальн
Сер. 52	23	0-1	4								2/2	31%
		1-2	8								2/6	
		2-3	4								1/3	
		3-5	2								1/1	43%
		5-12	5								2/3	
Сер. 167	29	0-1	3								3/0	25%
		1-2	9								1/8	
		2-3	4								0/4	
		3-5	2								0/2	0%
		5-12	11								0/11	

Рис. 5. Распределение шиговских и флекснеровских форм по возрасту.

Несколько расширенный материал представляет собой сводная таблица 1935 и 1936 гг. (рис. 5). Данные эти в общем повторяют данные 1936 г.

Сравнение эффективности контрастных сывороток по летальности показывает малое различие в действии обеих сывороток при лечении групп детей ясельного возраста. Эта незначительная эффективность сыворотки высокого титра при шиговских формах выявляется при лечении детей в возрасте до 3 лет как при раннем, так и при позднем введении. Тут нужно учесть то обстоятельство, что количество детей до трехлетнего возраста, леченных сывороткой № 52, было вдвое большее, чем леченных сывороткой № 167. Но если принять во внимание, что при разборе материала 1936 г. мы имели почти одинаковое количество ребят с тождественными результатами, то можно считать, что показатели летальности в 65 и 50% приближаются к истине. Такое же отсутствие эффективности дизентерийных сывороток при лечении детей младших возрастов обнаруживается при применении шиговской сыворотки при флекснеровских формах: летальность при лечении сывороткой низкого титра — 31%, а при лечении сывороткой высокого титра — 25%.

Для того чтобы выяснить, не обнаруживается ли сколько-нибудь выраженная эффективность серотерапии в этих случаях, следует сравнить летальность при применении сыворотки в этих возрастах с летальностью не леченных дизентерийной сывороткой. Для этого был проанализирован материал из Больницы им. Раухфуса, охватывающий детей, не леченных сывороткой. Если сравнить детей до трехлетнего возраста с тяжелыми формами дизентерии без указания этиологического фактора, леченных сывороткой и не леченных ею, то оказывается, что летальность у леченных сывороткой достигает 70%, а у не леченных — 76%. Данные анализа нашего материала, включающего больных не только с тяжелыми формами дизентерии, но и больных с заболеванием средней тяжести, приводят нас к таким же выводам об отсутствии эффективности лечения детей младших возрастов сыворотками и низкого и высокого титра. Применение моновалентной шиговской сыворотки высокого титра у больных детей старших возрастов уменьшает летальность вдвое (43% и 20%) начиная с трехлетнего возраста при шиговских формах дизентерии и дает весьма ярко выраженный эффект при флекснеровских формах (летальность 43% и 0). Последнее положение противоречит некоторым литературным данным, в которых подчеркивается строго специфическое действие шиговской сыворотки только на шиговские формы дизентерии. Это противоречие требует специального изучения специфического действия антитоксической шиговской сыворотки на клиническом материале. Материал из Больницы им. Раухфуса обнаруживает также весьма существенную разницу в показателях летальности леченных и не леченных больных детей, начиная с трехлетнего возраста (без учета этиологического фактора). Летальность леченных равняется 40%, а летальность не леченных достигает 74%.

Таким образом тщательный анализ специфического действия контрастных сывороток на разные этиологические формы с учетом разных возрастных групп приводит нас к выводам, отличающимся от общепринятых взглядов на серотерапию дизентерии.

Шаблонное изучение серотерапии дизентерии, проводимое с учетом лишь возраста и срока введения сыворотки, но без учета этиологического фактора, должно быть оставлено.

На основании разработанных данных можно сделать следующие *выводы*.

1. При сравнении лечебного эффекта дизентерийных сывороток низкого и высокого титра последние не выявляют преимущества в младших детских возрастах до 3 лет. Преимущественная эффективность дизентерийной сыворотки высокого титра проявляется у детей лишь начиная с 3 лет.

2. Эффективность лечения моновалентной шиговской сывороткой высокой силы в старших возрастных группах, по нашим предварительным данным, проявляется не только при шиговских, но и при флекснеровских формах дизентерии. Этот вопрос требует дальнейшего изучения на большем клиническом материале.

3. Высоковалентная сыворотка обнаруживает и более быстрый эффект в отношении дезинтоксикации больного организма.

4. В тяжелых случаях дизентерии, как и в случаях средней тяжести, следует применять рабочую дозу не менее чем 200 000 — 300 000 АЕ единовременно. Для этого титр дизентерийной сыворотки Шига должен быть значительно повышен. Средний титр в 3000 АЕ в 1 см³ является вполне реальным для наших бактериологических институтов.

О ЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ЦИТОЛОГИИ ГОНОРОЙНОГО ГНОЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕИ[1]

А. И. Петченко

Из Первой акушерско-гинекологической клиники (дир.—проф. *Г. А. Бакшт*) Второго Ленинградского медицинского института

Влияние гоноройных токсинов на кровь проявляется рядом изменений ее состава, касающихся в большей мере белой, чем красной крови.

Общий лейкоцитоз по данным многих авторов не обнаруживает при гонорее значительных изменений, оставаясь большей частью в пределах нормы, т. е. между 4000 и 10 000 лейкоцитов в 1 см³. Обрабатывая гематологические данные у гоноройных больных клиник Воронежского и Второго Ленинградского медицинских институтов за время с 1933 по 1936 г. (общее число больных — 225), мы обнаружили, что в 89% случаев восходящей гонореи лейкоцитоз остается в пределах нормы и только в 11% поднимается выше 10 000.

Ограниченность процесса, малая связь с общим крово- и лимфообращением являются, по Теребинской-Поповой, причиной нормального лейкоцитоза при гонорее. Там, где условия всасывания лучше — в послеродовом периоде и при генерализации процесса (Грефенберг, 1908), — отмечается большой лейкоцитоз.

Высокий лейкоцитоз наблюдается также по данным нашей клиники в случаях с обширными поражениями тазовой брюшины в первые дни заболевания, при комбинациях гоноройных пиосальпинксов с периметритами и т. п., что можно объяснить в части случаев смешанной инфекцией. В противоположность гоноройным аднекситам — параметрит как заболевание, не характерное для гонореи, дает высокие цифры лейкоцитоза порядка 12 000—20 000 и более лейкоцитов в 1 см³ крови.

Перейдем к оценке изменений в лейкоцитарной формуле при восходящей женской гонорее. Наибольшее практическое значение имеют изменения в количестве эозинофилов и лимфоцитов. Многие авторы считают эозинофилию характерной особенностью крови при гонорее. Грефенберг особенно резкую эозинофилию (до 14%) наблюдал при послеродовой восходящей гонорее и придавал этому обстоятельству диагностическое значение. Ланге (1909) значительную эозинофилию в 15—20% случаев наблюдал при гоноройных эндометритах и аднекситах. Вайнштейн (1910), изучая изменения крови при поражениях придатков различной этиологии, нашел, что только при гоноройных заболеваниях встречается выраженная эозинофилия (от 4,5 до 12%). В новейшее время эозинофилию при гонорее находили Окинчиц, Харитонов, Теумин и др. Лимфоцитоз при гонорее находили Ланге, Теребинская-Попова, Окинчиц, Овчинников и др.

На нашем материале из 200 случаев восходящей гонореи лимфоцитоз обнаружен в 71,5%, эозинофилия — в 52,5% всех случаев.

В первые дни острого периода восходящей гонореи, в особенности при пиосальпинксах, эксудативных периметритах и пельвеоперитонитах, ни лимфоцитоза, ни эозинофилии не бывает, чем и объясняется неподтверждение этого признака некоторыми авторами, очевидно исследовавшими кровь в начале острого восходящего процесса или тяжелых обострений. Острые, не стабилизировавшиеся еще процессы дают вначале лимфопению и снижение числа эозинофилов или даже полное отсутствие эозинофилов в гемограмме. С улучшением общего состояния и с уменьшением острых воспалительных явлений лимфопения переходит в лимфоцитоз и появляются эозинофилы сначала в небольшом числе, а затем превышая норму.

Само собой разумеется, что в случаях высокой эозинофилии с самого начала заболевания должна быть исключена глистная инвазия. Необходимо также помнить, что эозинофилия в крови — постоянный признак аллергических состояний, почему после вакцинации, как и после впрыскивания туберкулина, наблюдается эозинофилия; из этих соображений надо кровь на лейкоцитарную формулу исследовать до введения гоновакцины.

Что касается числа базофилов, то характерных для гонореи изменений оно не дает. Число моноцитов несколько повышается после каждого обострения, что можно объяснить раздражением клеток ретикуло-эндотелия гоноройным токсином. При тяжелых процессах (пельвеоперитониты) количество моноцитов резко снижается; в этот период наблюдается отсутствие эозинофилов, лимфопения, сдвиг влево нейтрофилов.

[1] Первоначальные менее полные данные об изменениях крови при женской гонорее были опубликованы в статье автора о вакцинодиагностике, см. «Гинекология и акушерство», 1935, № 5.

В процессе изучения белой крови у гонорройных больных нас заинтересовал вопрос об изменениях ее вблизи и вдали от патологического очага. В доступной нам литературе на эту тему нашлась только одна работа Rota (1935), который у больных с гнойно-воспалительными хирургическими заболеваниями (абсцессы, периоститы, маститы) сравнивал данные исследования крови, полученной из пальца и из ближайшего к очагу участка. В результате своих исследований Rota сделал вывод, что при выраженном лейкоцитозе в крови в воспалительном очаге наблюдается лимфопения, притом соответствующая интенсивности местного воспалительного процесса.

Мы применили этот метод исследования у 12 больных с гонорройными аднекситами. Кровь бралась из шейки матки и из пальца одновременно. В результате, несмотря на пестроту изменений белой крови в патологическом очаге и общем кругу кровообращения, удалось подметить некоторые закономерности при условии учета формы процесса, температуры и общего состояния. В случаях нестабильных с повышенной температурой и плохим общим состоянием имеющиеся в белой крови изменения сильнее выражены вблизи очага, где наблюдаются лимфопения, уменьшение числа эозинофилов и моноцитов, высокий лейкоцитоз. В случаях стабильных или стабилизирующихся, с нормальной температурой, вблизи очага имеется усиление обычных для этого периода лимфоцитоза и эозинофилии; общий лейкоцитоз вблизи очага остается без перемен или даже уменьшается.

Ускорение реакции оседания эритроцитов наступает главным образом при состояниях, сопровождающихся значительным распадом белков, и наибольшее ускорение дают гнойные воспалительные процессы. Этиология воспалительного процесса также влияет на степень ускорения РОЭ. Так, септические процессы (стафилококковые, стрептококковые) вызывают большее ускорение, чем гонорройные (Зверев и др.). Большинство авторов считает, что наибольший процент резкого ускорения оседания дает осложненная острая гонорея. Уретриты, эндоцервициты даже с обильным гнойным отделяемым не дают заметного ускорения реакции. Поэтому на амбулаторном материале в 128 больных Института им. Главче Ландесман и Эйнох получили только в 48,6% случаев ускоренную РОЭ.

Стационарный материал дает значительно больший процент случаев с ускоренной РОЭ. Из наших 185 больных у 95,7% РОЭ была ускорена (за ускорение считалась РОЭ выше 15 мм, по Панченкову). Наиболее типичным для использованного нами материала является ускорение в 40—65 мм, встречающееся в 64% случаев, причем в четвертой части всех случаев получены цифры в 45—55 мм (по Панченкову). Очень высокие степени ускорения РОЭ (выше 70 мм) для гонореи очевидно нехарактерны и составляют всего 7%.

РОЭ может быть ценным подспорьем для диагностики восходящей гонореи, если сравнивать эту реакцию с лейкоцитозом, на что было обращено внимание еще в 1934 г. (А. И. Петченко, Сов. вестн. венер. и дерм. № 8, 1935 г.). На разбираемом материале в 185 больных сочетание ускоренной РОЭ и нормального лейкоцитоза встретилось в 166 случаях, т. е. в 89,7%; ввиду того, что подобное сочетание при воспалительных заболеваниях гениталий негонорройной этиологии встречается нечасто (не больше чем в 20%), мы придаем ему большое диагностическое значение. Характерной для гонореи является также значительность срока, в течение которого РОЭ держится на довольно высоких цифрах (40—55 мм). Снизившись по миновании острого периода до средних цифр, РОЭ держится на этих цифрах еще многие недели и даже месяцы, что указывает на очаговое развитие процесса в придатках, шейке, бартолиновых железах.

При острых негонорройных процессах РОЭ обычно дает более высокие цифры, доходящие до 70—80 мм, а также более резкое и быстрое, чем при гонорее, их снижение. Хронические негонорройные процессы почти всего протекают с нормальной РОЭ, гонорройные же — редко.

Снижение скорости оседания эритроцитов или возвращение ее к норме является благоприятным признаком при гонорройных заболеваниях у женщин (Kunze, автор).

Возвращаясь к сочетанию нормального лейкоцитоза и ускоренной РОЭ, как характерной особенности женской гонореи, надо сказать, что сочетание это особенно ценно в связи с положительно выпавшей реакцией на гоновакцину. *Наличие триады — нормальный лейкоцитоз, ускоренная РОЭ, положительная гоновакцинореакция — позволяет ставить предварительный диагноз гонореи* в тех случаях остро-воспалительных заболеваний женской половой сферы, когда из-за обилия гноя или кровотечения найти гонококка в мазке не представляется возможным.

Шестимоментный микрометод определения РОЭ представляет собой попытку некоторых авторов усовершенствовать реакцию. Впервые этот метод был с успехом испытан у туберкулезных больных Эпштейном и Кащенко, в урологии Литтен и Спиро, а в гинекологии — Мандельштамом и Гидалевичем (1929 г.). Техника — обычная, с помощью аппарата Панченкова, причем счет миллиметров, на которые произошло оседание эритроцитов, ведется к концу 15, 30, 45 мин, и т. д., всего на протяжении 1½ часов. Отмечаются таким образом 6 моментов (в расчет берется разница между уровнем оседания за каждые следующие 15 минут). Результаты демонстративнее всего отмечать на кривой.

Мы предприняли испытание этой модификации РОЭ в 75 случаях септических и воспалительных заболеваний гениталий различной этиологии. Из числа больных первой и второй группы кровь бралась не ранее четвертого дня от момента повышения температуры. Разбив наш материал по этиологическому признаку, мы получили следующие результаты.

1. Острые септические (стафилококковые, стрептококковые) послеродовые процессы, тяжелые случаи инфицированных абортов, перитониты (вызванные bact. coli, стафилококком) генитального происхождения дают наивысший подъем кривой до 75 мм, притом в первом периоде; в остальные периоды скорость оседания эритроцитов незначительная (2—10 мм за период). Исключение составляют септические процессы и перитониты с плохим прогнозом незадолго до смерти больных, при этом получается нерезко выраженная кривая с умеренными подъемами в первом, втором и третьем периодах.

2. Острые (обострившиеся) гонорройные аднекситы дают как правило менее высокую волну, чем септические процессы (25—34 мм), вершина кривой падает на первый период, но почти всегда кривые дают вто-

рую довольно значительную волну (15—20 мм) и во втором периоде. Эта «ступенька» характерна также для гонорейных перитонитов, пельвеоперитонитов и значительных периаднекситов, т. е. для случаев, где имеется значительное участие брюшины в процессе. В некоторых (стабилизирующихся) случаях восходящей гонореи вершина кривой может передвинуться во второй период, но обычно при небольших обострениях (при введении гоновакцины, задержке стула, при месячных) снова наблюдается ускорение оседания с основной волной в первом периоде.

3. Негонорейные воспалительные процессы (параметриты с невыясненной этиологией), запущенные раковые заболевания гениталий, туберкулезные аднекситы, перекрученные кисты дают наивысший подъем кривой преимущественно во втором периоде, реже в третьем.

Таким образом, с помощью шестимоментной РОЭ можно установить с известной степенью точности типичные кривые для остро-септических процессов, гонорейных и негонорейных местных воспалительных процессов гениталий; характерной для гонорейных процессов можно считать кривую с двумя подъемами: основной в первом периоде и «ступеньку» во втором.

Ввиду тесной связи между лейкоцитарной формулой крови и лейкоцитарной формулой гонорейного гноя, а также устанавливаемого некоторыми авторами (Тарло, Шух) гематогенного происхождения эозинофилов и тучных клеток гонорейного гноя, нам кажется уместным упомянуть о цитологических данных гонорейного гноя на основании некоторых новейших литературных данных и личных наблюдений. Характернейшей особенностью гонорейного гноя является нейтрофильный лейкоцитоз. Принято считать, что подобно гемограмме при острых гонорейных процессах количество молодых форм среди нейтрофилов повышается и в гною. Овчинников насчитывал количество палочковидных и юных форм от 20 до 40% в начале острого периода. Левинсон и Шистер наблюдали сдвиг влево в три четверти собранных ими случаев, причем общее количество молодых форм достигало 7%. Впрочем, надо сказать, что в отношении молодых форм, а также эозинофилов, моноцитов и других клеточных форм ни у одного из авторов точных цифр не имеется, следовательно нельзя говорить о типичной (как в гемограмме) лейкоцитарной формуле гонорейного гноя.

Наибольшее диагностическое значение имеет нахождение в гное эозинофилов. Финкельштейн, Тарло, Шух, Дембская и др. считают эозинофилию признаком хронической гонореи. Эозинофилия в гонорейном секрете обычно совпадает с эозинофилией в крови (Зейферт, Тарло, Левинсон и Шистер, Овчинников и др.). Что касается лимфоцитов, то литературные данные указывают на значительную частоту нахождения их в гное хронической стадии гонореи. Некоторые авторы (Левинсон и Шистер) наблюдали их при всех формах гонореи.

Наш материал по цитологии гонорейного гноя состоит из мазков гноя 180 больных; мазки (из цервикального канала) красились метиленовой синькой и по Граму, а в 50 случаях — по Гимза и по Лейшману.

Основную массу клеток в мазке гноя составляют нейтрофилы (сегментированные) разной сохранности. Остальные форменные элементы составляют незначительное меньшинство, и они исчисляются только единицами процентов. По нашим наблюдениям эозинофилией следует считать число эозинофилов выше 1%; для лимфоцитов и моноцитов превышением нормы надо считать цифру выше 2%. Если исходить из этого, эозинофилия на нашем материале была обнаружена в 54%, лимфоцитоз — в 74% и моноцитоз — в 42%. Но абсолютные цифры имеют меньшее диагностическое значение, чем динамика цитологических данных. Типичной картиной гноя острого периода является отсутствие эозинофилов, снижение числа моноцитов. Поминовании острых явлений с началом падения температуры появляются эозинофилы. В начале стабилизации количество эозинофилов подчас значительно увеличивается (3—8%). Что касается лимфоцитов, то наши наблюдения подтверждают частоту нахождения их в хронических случаях гонореи.

Необходимо помнить, что в затяжных случаях гонореи в гное встречается большое количество некротических (с разрушенной протоплазмой) нейтрофилов, которые легко принять за лимфоцитов. Моноциты легко смешать с эпителиальными клетками метаплазированного плоского эпителия цервикального канала (см, об этом статью автора в «Акушерстве и гинекологии», 1937, № 4), имеющими овальную форму и небольшую величину. Подобные ошибки тем более понятны, что форменные элементы в гонорейном гное не могут иметь столь ясных границ и тинкториальных качеств, как форменные элементы свеже-взятой крови.

Выводы

1. Гематологические данные — лейкоцитоз, РОЭ, лейкоцитарная формула — являются довольно ценным вспомогательным методом диагностики женской гонореи.

2. Определение отдельных форм лейкоцитов в гонорейном гное является методом мало надежным для диагностики, кропотливым и затруднительным для практики.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ КАРБУНКУЛОВ

А. П. Ефремов и *Ф. А. Никифоров*

Из Краматорской центральной поликлиники и 1-й рабочей больницы

Современные методы лечения карбункулов во многих случаях не дают быстрого желаемого эффекта и не гарантируют от осложнений, которые в тяжелых случаях могут быть причиной смерти больного. Блестящие результаты, полученные как заграничными (Фрид, Гайденгейм, Пордес-Голцкнехт и т. д.), так и нашими авторами (Ольховская, Бриль, Рыбак, Усатая и др.) при применении рентгенотерапии при воспалительных заболеваниях и обширный материал нашего отделения позволили нам, как правило,

применять рентгенотерапию при лечении карбункулов.

Нами рентгенотерапия была применена при карбункулах в 60 случаях.

По локализации они распределяются следующим образом: верхняя губа — 8 случаев, нос — 2 случая, нижняя губа — 3 случая, щеки и подбородок — 5 случаев, шея и затылок — 19 случаев, верхние конечности — 14 случаев, нижние конечности — 5 случаев, спина — 4 случая.

В большинстве случаев мы ограничивались одним облучением и только в тех случаях, когда инфильтрат медленно рассасывался, облучали больного через 6—8 дней повторно. Техника облучения: аппарат четырехкенотронный, напряжение 90 kV, 2 mA, расстояние 22 см, фильтр — 3 мм, доза ¼ HED (дозировка по камере Küstner'a).

Эффект после облучения наступал сравнительно быстро. Через 24—48 часов инфильтрат уменьшался в размере, уменьшалась отечность и болезненность, температура в большинстве случаев падала критически через сутки; в некоторых случаях температура через 16—24 часа после облучения значительно повышалась — до 40°, держалась в течение одних-полутора суток, а затем критически падала. Во всех без исключения случаях после облучения наблюдалось ускорение абсцедирования инфильтрата с быстрейшим отторжением некротических масс. Обычно наиболее обильное отделение гноя отмечалось через 24—36 часов после облучения. Срок лечения при применяемом нами методе лечения равен в среднем 8—12 дням. Дополнительных методов лечения, кроме рентгенотерапии, мы в наших случаях не применяли; обычно ограничивались сухой асептической повязкой.

Никаких осложнений у прошедших через наше отделение больных не наблюдалось. В одном только случае при карбункуле верхней губы через несколько дней после облучения, после того как инфильтрат на губе начал рассасываться, образовался острый лимфаденит на шее слева, который рассосался после двукратного облучения. Для иллюстрации приводим две истории болезни.

Случай 1. Х. Б. А., 24 лет, рабочий цементного завода, 3 декабря 1935 г. прислан по поводу карбункула верхней губы. Болен 2 дня. На верхней губе имеется большой инфильтрат размером в сливу багрово-синего цвета с несколькими гнойными пробочками. Губа значительно припухшая, отечная, температура 39°. Произведено облучение губы.

4 декабря боли уменьшились, температура упала до 38°. 5 декабря больной по собственному почину «выдавливал» гнойники; появилась отечность левой щеки, боли и припухлость в области шейных желез слева. Облучены железы шеи. 11 декабря инфильтрат на губе почти рассосался. Припухлость в области шеи уменьшилась. 13 декабря инфильтрат на губе рассосался. Осталась лишь небольшая припухлость шеи слева и отечность левой щеки.

Случай 2. Больной Н-к А. С., 58 лет, рабочий Допнарпита. Карбункул нижней губы, болен 10 дней. На нижней губе большой инфильтрат с несколькими мелкими отверстиями, из которых выделяется в небольшом количестве гной. Губа значительно увеличена в размере, отечна, температура 37°. 23 декабря облучена нижняя губа, доза ¼ HED. На второй день после облучения температура поднялась до 40°. Через сутки температура 37,7°, инфильтрат уменьшился, выделяется большое количество гноя. 29 декабря температура N. Инфильтрат почти рассосался, губа покрыта корочками. 2 января инфильтрат рассосался.

Сущность действия лучей Рентгена при воспалительных заболеваниях до настоящего времени еще окончательно не выяснена. Работы многих авторов, а также наши наблюдения показывают, что наряду с местным действием наблюдается также и общее. Fried на основании своих экспериментов и клинических наблюдений считает, что одним из факторов действия лучей Рентгена при воспалительных заболеваниях является повышение бактерицидности крови, которая достигает своего максимума через 24—48 часов, что вполне совпадает с субъективными и объективными данными. Никитин и Натансон, анализируя бактерицидное действие рентгеновых лучей при местных воспалительных инфекционных процессах у животных, считают, что биологические свойства облученных бактерий не меняются; также не изменяются заметно иммунно-биологические свойства облученной ткани. По их мнению, бактерицидностью как таковой лучи Рентгена не обладают, благоприятный же эффект при рентгенотерапии воспалительных заболеваний объясняется нарушением связи (симбиоза) между микро- и макроорганизмами под действием лучей Рентгена. Pordes и Holzknecht считают, что действующее начало, благоприятно влияющее на излечение воспалительных заболеваний, происходит при облучении из разрушенных лейкоцитов. Распад их дает количество антител, которые и ведут борьбу с инфекцией. По мнению Архангельского, под влиянием лучей Рентгена происходит образование большого количества протеолитических ферментов, и в результате наступает быстрое размягчение воспалительных инфильтратов. По Мищенко при применении оптимальной дозы лучей (для человека 20—309 HED) усиливается распад лейкоцитов, повышается фагоцитоз, оживляется гистиоцитарная реакция. Кроме того, под влиянием облучения в крови появляются неспецифические антитела. Наряду с этим происходят изменения, не изученные еще в достаточной степени, в коллоидах и кристаллических растворах тканей. Дальнейшие экспериментальные работы Мищенко и Леданова показали, что после облучения в воспалительных очагах увеличивается количество белка и количество продуктов белкового распада, влияющих стимулирующим образом на гистиоцитарную реакцию, что в свою очередь ведет к ускорению созревания нарывов. По их мнению «естественная лизатотерапия при воспалении очевидна». Кроме того рентгенотерапия способствует накоплению антител в воспалительном участке. Скорейшему излечению воспалительных заболеваний способствуют также изменения крово- и лимфообращения (Брауде, Ольховская, Бриль), которые наступают под влиянием облучения. Уменьшение болезненности после облучения объясняется по всей вероятности непосредственным действием лучей Рентгена на чувствительные нервные окончания (Flascamp) и уменьшением повышенного внутритканевого напряжения.

Выводы

1. Рентгенотерапия карбункулов безусловно дает хороший эффект, способствует быстрейшему течению и ликвидации процесса и сравнительно быстро восстанавливает трудоспособность больного; действуя аналгезирующим образом, она уменьшает также страдания больного.

2. Наряду с местным действием лучей Рентгена на воспалительный процесс, одновременно, несомненно, имеется и общее действие на весь организм.

3. Никаких дополнительных методов лечения при рентгенотерапии карбункулов не требуется.

ЛИТЕРАТУРА

Архангельский. Лучи Рентгена и радия в акушерстве и гинекологии. 1928. — *Haenichs.* u. *Holthusen.* Einführung in die Röntgenologie. 1933.—*Гирголав, Мартынов* и *Федоров.* Хирургия лица, полости рта и шеи. Т. III, 1933. *Ефремов.* Рентгенотерапия рожи. Вестник рентгенологии и радиологии, т. IV, в. IV.—*Мищенко.* Экспериментальные обоснования рентгенотерапии острого воспалительного процесса. Доклад на Всеукраинской конференции рентгенологов, радиологов и онкологов, 1934. — *Мищенко* и *Леданов.* Данные химических исследований воспалительного очага при рентгенотерапии. Вестник рентгенологии и радиологии, т. XV, в. V.—*Никитин и Натансон.* К анализу действия рентгеновых лучей на местную инфекцию и воспалительные процессы. Доклад на Всеукраинской конференции рентгенологов, радиологов и онкологов, 1934. — *Ольховская* и *Бриль.* Рентгенотерапия воспалительных заболеваний. Доклад на Всеукраинской конференции рентгенологов, радиологов и онкологов, 1934. — *Рыбак.* Рентгенотерапия остро-гнойных заболеваний. Врачебная газета № 10, 1929. — *Усатая.* К вопросу о рентгенотерапии воспалительных хирургических заболеваний. Врач. газета № 10, 1929. — *Fried.* Die Röntgenbehandlung der acuten Entzündungen. Strahlentherapie, 1927, Bd. 26 Nr. 3

О ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ ВИТАДЕРМОМ

Доц. *Г. И. Уманский*

Из Государственного научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества УзССР

Витадерм, приготовленный впервые проф. С. Ю. Балаховским в биохимическом отделении Центрального института переливания крови, представляет собой легкоплавкий парафин, заключающий в себе ряд антисептических средств. Основным действующим началом является витамин роста — провитамин А, которому и принадлежит главная роль в действии препарата. Не останавливаясь подробно на вновь введенном в препарат веществе — каротине, мы хотим поделиться своими впечатлениями, полученными нами при применении витадерма при ожогах.

Методика применения витадерма проста и не требует особых приспособлений. В заранее наструганный и расплавленный в водяной бане препарат опускается кусочек марли, сложенной в несколько слоев, величиной немного больше обожженного участка. Предварительно рану обсушивают, обрезают оставшиеся лоскутки эпидермиса, если они имеются, и накладывают в теплом виде смоченный в витадерме кусочек марли. Складок на марле быть не должно. Температура расплавленного витадерма не должна превышать 55—60° (по Я. С. Меерзону), ибо в противном случае провитамин А разрушается. Поверх слоя марли накладывается вата, пораженный участок забинтовывают и не развязывают до следующей перевязки. Перевязки безболезненны и производятся через день. По истечении нескольких дней начинается эпителизация; тогда дальнейшее назначение витадерма отменяется, и переходят на индиферентную мазь.

Быстрой эпителизации способствует витамин А. По мнению проф. Балаховского, провитамин А по своему действию аналогичен витамину А, а последний справедливо называют витамином эпителиальной ткани.

Всего больных, леченных витадермом, было у нас 42, главным образом дети от 1 года 5 месяцев до 14 лет. Превалировали ожоги второй степени, и лишь в 2 случаях был ожог третьей степени. Величина обожженных мест была различна — от детской ладони до целой конечности.

Для иллюстрации приведу вкратце две наиболее показательные истории болезни.

Случай 1. Т. И., 2 лет, принесли 11 декабря 1934 г. с обожженной кипятком правой голенью. Вся пораженная кожная поверхность была покрыта пеплом от пережженной кошмы. После того как раневая поверхность была очищена, очаг поражения представлял собой кровоточащую поверхность, лишенную эпидермиса: по краям обожженного участка кожи имелись лоскутки эпидермиса лопнувших пузырей, а посередине — некротический очаг размером 5×3 см. На расстоянии 3 см от нижнего края пораженного участка был пузырь с мутноватым содержимым, величиной с пятикопеечную медную монету. Резкие порывистые движения конечностью из-за сильных болей мешали предварительной обработке обожженного участка.

11 декабря наложен витадерм. 13 декабря болевые ощущения резко уменьшились. Ребенок спал спокойно. Рана немного очистилась, некротический участок также. Наложен витадерм. 15 декабря болей нет; воспалительные изменения вокруг пораженного участка отсутствуют. Участок кожи, где был пузырь, эпителизируется. Наложен витадерм. 17 декабря пораженная поверхность чистая, некротический участок эпителизируется, так же как и периферия остального очага поражения. Наложен витадерм. 19 декабря почти весь участок поражения покрылся молодой эпителиальной тканью. Наложен витадерм. 21 декабря рана зажила. В области бывшего некротического участка намечается втянутость будущего рубца. Наложена повязка из борного вазелина.

В последующие дни до 3 января делалась перевязка с борным вазелином. К 3 января лечение было закончено — образовался лучистый атрофический рубец на месте бывшего некротического участка, а на остальном пространстве бывшего поражения имелась лишь слегка истонченная кожа.

Случай 2. З. В., 1 год 5 месяцев поступил в клинику 13 июня 1936 г. с диагнозом ожога второй степени. Ребенок родился недоношенным. В течение 2 недель сосал грудь плохо. Прикорм стал получать с 9 месяцев, а с 12 месяцев был переведен на общий стол. Настоящее заболевание развилось после того, как ребенок опрокинул на себя чайник с кипятком. Образовавшийся ожог лечили в одной из амбулаторий города примочками из раствора марганцевокислого калия и мазями. Успеха от этого лечения не было.

Ребенок правильного сложения, удовлетворительного питания. Тургор кожи, как и подкожно-жировая клетчатка, средние. Сознание ясное, сон неспокойный из-за болей в пораженной области. При поступлении температура 38,8°. Изменений во внутренних органах не определяется. Кожная поверхность кистей и стоп интенсивно-красная, отечная и мокнущая. По периферии обрывки эпидермиса лопнувших пузырей. В день поступления, 13 июня, наложен витадерм. 15 июня по снятии повязки видно, что мокнутье на пораженной поверхности прекратилось, отек спал, прежней интенсивной гиперемии нет. Температура 36,2°, сон спокойный. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Обрезаны оставшиеся клочки эпидермиса, наложен витадерм, и назначена диэта. 17 июня — пораженная поверхность слаборозового цвета. Общее состояние ребенка хорошее. Наложен витадерм. 19 июня — эпителизация началась с периферии обожженных мест. Наложен витадерм. 23 июня — обнаженные участки эпителизированы. Общее состояние ребенка хорошее. Температура 36°. Ребенок выписан в здоровом состоянии для дальнейшего диспансерного наблюдения. 15 июля — пораженные участки пигментированы, рубцов нет.

В первом из приведенных случаев заболевание длилось всего 10 дней, несмотря на тяжелый ожог. Весьма характерны следующие особенности течения болезни при лечении витадермом: стерильность очага

поражения, быстрое прекращение болевых ощущений и бурная эпидермизация обнаженной поверхности, чего мы не наблюдаем при других способах лечения ожогов.

Что касается второго случая, то следует отметить, что боль стихла тотчас же после наложения витадерма, а через день исчез отек, температура упала до нормы, общее состояние стало хорошим, гиперемия уменьшилась, и прекратилось мокнутье. Эпидермизация наступила на шестой день.

На основании результатов лечения витадермом 42 больных мы можем сказать, что витадерм представляет собой весьма ценный препарат для лечения ожогов как по своим антисептическим свойствам, так и по быстрой эпидермизации пораженных очагов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

И. М. Варавицкий

Из Славянского районного кожно-венерологического диспансера

Несмотря на многочисленность и разнообразие способов и средств, предложенных для лечения пиодермитов, терапия их все же довольно часто не дает удовлетворительного быстрого эффекта и представляет для врача довольно неблагодарную задачу. Мы хотим поделиться своим опытом в этой области.

При лечении пиодермитов мы применяем общую и местную терапию. Из различных способов общей терапии у нас в диспансере наиболее широкое применение нашли инъекции скипидара, предложенные Клингмюллером еще в 1913 г. У нас в Союзе скипидар широко применялся и применяется в Институте им. Главче (Мгебров, Ланда). Ланда наилучшие результаты получил при фурункулезе, фолликулитах, гидроаденитах, лимфангоитах и лимфаденитах на почве стафилококковой и стрептококковой инфекций. Мгебров пишет, что «по своему терапевтическому эффекту при фурункулезе инъекции скипидара приближаются к действию вакцин».

Применяя 10% раствор скипидара, вводя его медленно внутримышечно через день в дозах от 0,75 до 2,0 в количестве шести-восьми инъекций, мы обыкновенно не наблюдали никаких побочных явлений. Общая реакция, как правило, не появляется. Иногда, непосредственно после впрыскивания, больные жалуются на иррадиирующие боли вдоль соответствующего бедра, продолжающиеся в течение 10—15 минут. В тех же редких случаях, когда при введении 10% раствора и правильной технике все-таки наблюдаются боли и инфильтраты на месте впрыскивания с повышением температуры, мы их относим за счет скверного качества скипидара или взятого для его разбавления масла. Скипидар должен быть хорошего качества, хорошо очищен. Масло также должно быть хорошего качества: прованское, сезамское или миндальное, в крайнем случае — вазелиновое.

Кроме неспецифической терапии в виде инъекций скипидара мы, особенно при распространенных и затяжных формах пиодермитов и фурункулеза, считали целесообразным и необходимым присоединить специфическую терапию в виде внутриколенных инъекций стрепто- и стафиловакцины или стрепто- и стафилококкового фильтратов. Методика применения была такова. Больному вблизи поражения впрыскивалось 0,1—0,2 вакцины или фильтрата внутрикожно: впрыскивания повторялись через каждые 3—4 дня с повышением доз в полтора раза до полного обратного развития процесса. Если после предыдущей инъекции была сильная реакция, то последующая инъекция производилась без повышения дозы.

Для местной терапии мы применяем при лечении поверхностных эпидермальных гнойничковых высыпаний анилиновые краски в виде метиленблау, метиленвиолет, бриллиантовой зелени в спиртовых 70° растворах от 1 до 5% концентрации, предварительно вскрыв поверхностную фолликулярную пустулку. При более глубоких пиодермитах, там, где процесс развивается в коже и подкожной клетчатке или переходит на окружающую соединительную ткань и сопровождается резкой воспалительной реакцией (фурункул, гидроаденит), мы с большим успехом применяем местно ихтиол в чистом виде, особенно при только что возникающем фурункуле.

Анилиновые краски имеют несомненно сильное бактерицидное действие. Исследования Габричевского, Штиллинга показывают, что эти краски уже в разведении 1 : 40 000 — 1 : 30 000 задерживают рост бактерий, а в разведении 1 : 5000 их убивают. По данным Изаболинского и Смоляна, это бактерицидное действие не сопровождается органотропным действием и не влечет за собой повреждения ткани.

Мы горячо поддерживаем тех авторов, которые советуют применять ихтиол в чистом виде, по следующим соображениям. Почти все стафилококки, живущие на коже человека, являются аэробами, и, следовательно, идеальным средством является такое, которое, с одной стороны, прекращает доступ кислорода к возбудителю, с другой стороны — дезинфицирует кожу. Ихтиоловая терапия удовлетворяет этим требованиям. Благодаря хорошему прилипанию чистого ихтиола к коже (быстро засыхает в пленку) абсолютно закрывается доступ кислорода воздуха к стафилококкам; кроме того, ихтиол суживает сосуды, уменьшает напряжение и болезненность и действует рассасывающим образом. Техника применения ихтиола такова: пораженный участок очищается спиртом, на фурункул и ближайшую его окружность наносится толстый слой чистого ихтиола; поверх накладывается тонкий слой ваты, который быстро приклеивается. Наложение ихтиола производится один-два раза в день, в зависимости от количества вытекающего при вскрытии фурункула гноя. Окружность фурункула каждый раз протирается спиртом. В целях еще более быстрого рассасывания гнойников мы иногда поверх ихтиоловой повязки применяли тепло в сухом виде. Никогда не следует накладывать согревающего компресса, так как он, мацерируя роговой слой, создает чрезвычайно благоприятные условия для обсеменения стафилококками кожи, что влечет за собой появление свежих фолликулитов и фурункулов. Не

рекомендуется также вскрывать и выдавливать фурункулы, так как при этом также создаются благоприятные условия для диссеминации процесса и для образования большого перифурункулезного абсцесса или ограниченной флегмоны.

За десятилетний промежуток времени через диспансер прошло свыше 10 000 больных с пиодермитами, которым мы производили инъекции скипидара. Обработке подвергся лишь материал за 1935 г. За этот промежуток времени через диспансер прошло 5432 первичных кожных больных, из них 1859 (34%) больных пиодермитами, формы которых распределяются следующим образом:

фурункулы одиночные	286
фурункулы множественные	620
гидроадениты	107
прочие пиодермии поверхностного характера	886

Одиночные фурункулы и пиодермиты поверхностного характера мы обычно лечили только местной терапией по указанному выше методу. В случаях же фурункулеза и гидроаденитов мы, как правило, присоединяли к местной терапии, чаще всего, инъекции стерилизованного 10% скипидара, аутогемотерапию и в части случаев также внутрикожные инъекции стафиловакцины или стафилофильтрата по указанной выше методике.

Из 306 больных фурункулезом, за которыми велось специальное наблюдение, наилучшие результаты в смысле более быстрого обратного развития процесса, быстрого заживления и уменьшения потери трудодней дало комбинированное лечение в виде местного применения чистого ихтиола, внутримышечных инъекций 10% скипидара и внутрикожных инъекций стафилофильтрата. Обычно при этом методе новые фурункулы почти не развивались, а существующие протекали абортивно или давали ускоренное отторжение некроза с быстрым заживлением. В среднем до полного излечения производилось пять-шесть инъекций скипидара и две-три инъекции фильтрата. На 34 случая комбинированной терапии было лишь два рецидива с потерей трудоспособности в среднем на 6,2 дня. Близкие к этим результаты наблюдались у второй группы больных, которые получали местно чистый ихтиол и внутримышечные инъекции 10% скипидара. На 142 случая мы имеем тринадцать рецидивов с потерей трудоспособности в среднем на 7 дней. Почти такие же результаты наблюдались у группы больных, которые получали местно чистый ихтиол и внутрикожные инъекции стафилофильтрата. На 55 случаев было пять рецидивов с потерей трудоспособности в среднем на 7,5 дня. Худшие результаты дало лечение местным применением чистого ихтиола и аутогемотерапией. На 57 случаев было шесть рецидивов с потерей трудоспособности в среднем на 8,8 дня. Наконец на последнем месте в смысле терапевтического эффекта оказалось местное применение чистого ихтиола с соответствующей, конечно, дезинфекцией окружающих фурункулы здоровых участков кожи. Здесь на 18 случаев мы имеем семь рецидивов с потерей трудоспособности в среднем на 10,8 дня.

Аналогичные соотношения мы получили и при лечении гидроаденитов.[1]

Выводы

1. Применение анилиновых красок в виде бриллиантовой зелени или метилвиолета (в спиртовых 70° растворах от 1 до 5% концентрации), при условии предварительного вскрытия поверхностной фолликулярной пустулки, дают очень хорошие результаты при поверхностных гнойничковых высыпаниях.

2. При более глубоком пиодермите, когда в воспалительный процесс вовлекаются кожа и подкожная клетчатка, особенно при только что возникающем одиночном фурункуле, дает разительный эффект ихтиоловая лепешка при протирании окружности фурункула спиртом или, еще лучше, 1% бриллиантовой зеленью на 70° спирте.

3. При множественных фурункулах и гидроаденитах наилучшие результаты дало нам лечение в виде внутримышечных инъекций 10% скипидара и внутрикожных инъекций стафилофильтрата в комбинации с местной терапией.

4. При применении тепла никогда не следует пользоваться согревающим компрессом.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ТРИОЛИНОВОЙ МАЗЬЮ

Я. С. Гуревич

Из детского отделения Куйбышевского областного института венерологии и дерматологии (дир. — проф. *А. С. Зенин*)

Много было предложено средств и методов лечения чесотки, и некоторые из них пользуются большой известностью и широко применяются в практике. Но большинство этих средств не совсем удовлетворяет и врачей и больных. Объясняется это тем, что или требуется длительное применение этих средств, или они недостаточно эффективны, или применение их очень сложно, а потому они не всем доступны.

Одним из наиболее эффективных методов лечения чесотки несомненно является метод, предложенный проф. Демьяновичем. Но метод этот при всех его достоинствах сложен, требует большой аккуратности и педантичности, утомителен и для врача и для больного. Для широкой амбулаторной практики он, по нашему мнению, не всегда применим; отсюда понятно стремление найти общедоступный, простой и эффективный метод лечения. Нам кажется, что предлагаемый нами способ лечения удовлетворяет этим требованиям.

По предложению проф. А. С. Зенина, мы в детской кожной клинике после предварительного испытания на лабораторных животных приступили к лечению чесотки так называемой триолиновой мазью. Действующим началом этой мази являются отходы, которые образуются на химических заводах. На эти отходы впервые обратил внимание не врач, а рабочий-изобретатель Т. Г. Бутыркин, который не без успеха стал применять в 1932 г. в разных комбинациях со спиртом, водой или вазелином при вшивости или чесотке

[1] Таблицы с изложением материала не приведены за недостатком места. *Ред.*

животных. В 1934 г. спиртовый раствор этих отходов в смеси с водой испытывался при чесотке лошадей в Волжском краевом ветеринарном научно-исследовательском институте. В 1936 г. мы начали проверять действие этого препарата при лечении чесотки людей.

Отходы на химических заводах образуются в громадном количестве, и ориентировочная стоимость их равна примерно 25 руб. за тонну.

Состав этих отходов почти всегда постоянный, колебания незначительны. Ведется работа по стандартизации этих отходов. При помощи определенных химических манипуляций отходы эти очищаются.

Как почти все ароматические вещества, и особенно нитросоединения, отходы эти обладают выраженными дезинфицирующими свойствами, и из них при помощи вазелина изготовляется мазь от чесотки, которую мы в дальнейшем будем называть триолиновой. При лечении чесотки мы пользовались обычно 5% мазью, но получали почти такие же результаты и от 3% мази.

Методика. Слегка натирается или вернее покрывается тонким слоем мази вся кожа туловища и конечностей. На такую обработку мы расходуем 20,0—30,0 мази. Вся процедура продолжается 2—3 минуты. После этого больной минут 10 стоит раздетым, для того чтобы мазь продолжала действовать на кожу. Затем больной одевается, и все лечение закончено. Этим одномоментным и очень кратковременным втиранием мази ограничивается все лечение чесотки.

Триолиновая мазь довольно глубоко впитывается в кожу и окрашивает ее в темножелтый цвет. Окраска эта сохраняется дней 5—8. Через 5 дней после натирания можно принять ванну или вымыться. Если имеется одновременно пиодермия или импетиго, лечение проводится таким же образом, но осложнения эти приходится дополнительно лечить хотя бы желтой ртутной мазью.

В детском отделении Венерологического института подверглись лечению триолиновой мазью всего 130 детей в возрасте от 4 до 14 лет — 54 мальчика и 76 девочек.

В 53 случаях чесотка была без осложнений, а в 77 наблюдалась тяжелая форма чесотки с осложнениями— pyodermitis, dermatitis, impetigo contagiosa и др. У 14 детей одновременно была и prurigo. Самые тяжелые случаи сочетались с одновременной вшивостью. У громадного большинства детей имелись расчесы.

Давность болезни была от 2 дней до 3 месяцев и дольше. Почти одна четвертая часть больных поступила нелеченной. Остальные лечились до поступления к нам вилькинсоновской или серной мазью.

Применялась триолиновая мазь у наших больных чаще всего однократно (у 124 детей — один раз, у 2— два раза, у 2 — три раза, у 1 — четыре раза и у 1 — пять раз).

Резко бросается в глаза быстрое исчезание зуда после обработки триолиновой мазью. Большей частью зуд исчезает уже через несколько часов. У 115 больных зуд пропал через один день, у 8 — через два дня, у 4 — через три дня, у 2 — через четыре дня, у 1 — через пять дней.

Кожа совершенно очистилась (не только от чесоточной высыпи, но и от всех осложнений) в следующие сроки:

у 1	через	14	дней	у 10	через	6	дней
„ 2	„	12	„	„ 12	„	5	„
„ 2	„	10	„	„ 21	„	4	„
„ 5	„	9	„	„ 47	„	3	„
„ 1	„	8	„	„ 18	„	2	„
„ 9	„	7	„	„ 2	„	1	„

Если же учитывать только те случаи чесотки, когда не было осложнений, то здесь кожа совершенно очистилась раньше:

у 2	больных	через	7 дней	у 25	больных	через	3 дня
„ 2	„	„	6 „	„ 14	„	„	2 „
„ 7	„	„	4 дня	„ 2	„	„	1 день

Кожа детей, болевших чесоткой в тяжелой форме, у которых было много расчесов, через несколько дней после обработки триолиновой мазью смазывалась для смягчения Ung. Boli albae 5%. Рецидивов не было, хотя дети у нас часто находились под наблюдением очень долго (по 40—50—60 дней и больше).

В местах расчесов после натирания триолиновой мазью дети испытывали неприятное ощущение («кожу щиплет»); через 10—15 минут раздражение исчезало. При отсутствии расчесов натирание триолиновой мазью не вызывает никаких неприятных ощущений.

Из осложнений, наступавших после обработки мазью, приходится указать на 11 случаев дерматита, но это наблюдалось, главным образом, когда методика еще не была выработана, когда больных натирали слишком сильно и мазью из неочищенных отходов; кроме того дерматит появлялся у тех детей, у которых кожа была сильно раздражена еще до обработки триолином. Дерматит во всех случаях исчезал через несколько дней после обработки индиферентными мазями. После натирания триолиновой мазью чесоточные дети не изолировались, и у нас не было ни одного случая передачи чесотки. Таким образом, чесоточные, обработанные триолиновой мазью, в дальнейшей изоляции не нуждаются.

У 21 больного исследовались моча и кровь до и после применения триолиновой мази. В моче после лечения ни разу не были обнаружены ни белок, ни цилиндры, ни другие патологические элементы. Исследование крови также не обнаруживало в ней каких-либо закономерных изменений.

Во время пребывания в больнице дети находились под наблюдением специалиста-педиатра. Температура, вес, сон, аппетит и общее состояние во всех случаях не нарушались.

На основании результатов лечения можно с уверенностью сказать, что триолиновая мазь является в высшей степени эффективным средством, безусловно безвредным и очень дешевым. По простоте употребления триолин может найти самое широкое применение в амбулаторной практике и в условиях любой бытовой обстановки; он может найти применение и в обстановке походной жизни. По быстроте эффекта и по быстроте исчезания зуда это новое средство превосходит все другие, применявшиеся до сих пор при лечении чесотки.

В настоящее время в Куйбышевской научно-исследовательской химической лаборатории комбината по изобретательству ведутся работы по стандартизации отходов, получаемых с завода, а в детском отделении Куйбышевского венерологического института уточняется методика лечения чесотки триолиновой мазью с доведением ее до минимальной крепости.

МЫЛО КАК ПРОТИВОЗАЧАТОЧНОЕ СРЕДСТВО

А. Н. Егоров

Из клиники физиологии и патологии беременности (зав. — *Р. Г. Лурье*) Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института Наркомздрава в г. Ленинграде (врид. дир. — проф. *Д. А. Глебов*)

Обычный ассортимент противозачаточных средств состоит из механических и особенно химических контрацептивов. Последние (химические) применяются либо как основное средство — в виде шариков, паст, спринцеваний post coitum, либо как добавление к механическому контрацептиву: смазывание колпачка, надеваемого на шейку матки, пропитывание сперматоцидным веществом губки или тампона и т. д.

Число химических средств, применяемых с целью сделать сперматозоидов неспособными к продвижению внутрь половых путей и к оплодотворению яйца, весьма велико; сюда относятся растворы различных кислот (борной, уксусной, молочной, виннокаменной, салициловой), соли (марганцевокислый калий, сулема, сернокислый цинк, квасцы) и другого рода вещества ряда органических или неорганических соединений: формалин, хинозол, хинин, глицерин и пр. За границей, кроме того, рекламируется большое число патентованных таблеток, паст, шариков, носящих различные названия: агрессит, антибион, антипарт, спермацид, феминекс и т. п.

По существу каждое из перечисленных средств действует губительно на сперматозоидов; впрочем, как справедливо напоминает Малиновский, даже простая вода через несколько секунд парализует движение сперматозоидов. Поэтому при выборе сперматоцидного средства приходится обращать внимание не только на его способность убивать сперматозоидов, но также — и даже преимущественно — на удобство применения и на доступность этого средства.

Настоящее сообщение имеет своей целью привлечь внимание врачей к одному простому средству, испытанному мной на профилактическом приеме при нашем Институте и обладающему достаточно сильным сперматоцидным действием: речь идет о мыле и мыльных растворах.

Будучи хорошим антисептическим средством, мыло действует губительно на сперматозоидов уже в очень слабой концентрации. На VII Международном съезде по регулированию деторождения Джон Беккер из Оксфорда сообщил, что мыло по своему сперматоцидному действию значительно — в шестнадцать раз — превосходит хинин и хинозол (опыты на сперматозоидах морской свинки). Некоторые случаи вторичного бесплодия рожавших женщин (у которых расширен introitus vaginae) он склонен объяснить проникание во влагалище небольших количеств мыльной воды из ванны.

Ардельт провел аналогичные опыты в клинике Френкеля. Предельное разведение вещества, убивающее сперматозоидов быка в течение 30 минут, оказалось: для борной кислоты 1 : 16, для виннокаменной кислоты 1 : 1024, для хинина и уксуса 1 : 2048 и для мыла 1 : 32 768 (см. монографию Френкеля). Таким образом сперматоцидные свойства мыла оказываются очень сильными.

Применение мыла в качестве противозачаточного средства, мне кажется, имеет следующие преимущества:

1) оно вполне доступно населению;

2) оно избавляет врача от необходимости применять такие ядовитые средства, как раствор сулемы, или пачкающие, как марганцевокислый калий, или дефицитные, как молочная кислота, хинин и т. п.;

3) пользование растворами и смесями, содержащими мыло, чрезвычайно облегчает поддержание в чистоте половых путей женщины.

Мыло может быть применяемо: 1) per se: для смазывания вводимых на короткое время колпачков Миспа, Менсинга, шарика Бакалейникова, для смазывания снаружи кондома и т. п.; 2) в концентрированных растворах (1—5%) его можно применять для смазывания вводимых ante coitum тампонов и губок; в последнем случае мыльный раствор имеет особое преимущество перед другими растворами, так как мыло обеспечивает возможность хорошей очистки губки от влагалищного содержимого и спермы; 3) в более слабых растворах оно может быть применено для ирригаций post coitum (одна столовая ложка основного 5% раствора на кружку воды).

В течение 1933—1934 гг. я назначал мыльные растворы наряду с другими средствами на приеме женской консультации 15-го пункта Охраны материнства в указанных выше формах, преимущественно в виде раствора для смачивания ватного тампона (реже губки).

Обычная пропись: Sol. Saponis viridis 3%. DS. Для тампонов.

При отсутствии в аптеке зеленого мыла можно разрешить пациенткам готовить мыльный раствор дома по такому рецепту: кусок хорошего мыла, величиной равный каштану, разрезать на мелкие кусочки, положить в полулитровую бутылку и, залив горячей водой, встряхивать бутылку до растворения мыла. Воду лучше брать дестиллированную, либо кипяченую мягкую (дождевую или снеговую), так как известковые соли, содержащиеся в жесткой (колодезной, ключевой) воде, образуют с мылом хлопьевидный осадок.

В течение этого времени я назначал тампоны с мыльным раствором 131 женщине. Из этого числа 14 пациенток отказались пользоваться им, ссылаясь на неудобство вводить тампон: мешает мужу, неприятно возиться с тампоном. Других жалоб не было. Из пользовавшихся тампонами с мыльным раствором за истекший год наблюдения забеременели 6 человек. Таким образом результат не хуже, чем от применения других противозачаточных средств.

Одновременно с проведением этих наблюдений я назначал другой группе пациенток так называемый «биолактин» — культуру болгарской палочки, изготовленную по методу Дубинчика. Биолактин был назначен 169 женщинам; вскоре же отказались пользоваться этим средством 23 женщины по следующим мотивам: неприятно больной — 9 случаев; неприятно мужу — 4 случая; неприятно обоим — 3 случая; неудобно в обращении — 3 случая; дорого — 4 случая.

Беременность наступила в течение первого года применения у 8 женщин.

Выводы

Изложенные выше факты дают право заключить, что применение препаратов мыла в качестве противозачаточного средства достаточно обосновано; оно доступно, гигиенично и не уступает в эффективности другим химическим средствам.

ЛИТЕРАТУРА

Л. Л. Окинчиц. Выкидыши и предохранительные средства от беременности. Изд. «Медицина», Ленинград 1924. — *Р. Г. Лурье.* Предохранительные средства от беременности. Ленинград 1929 (8-е изд.). — *М. С. Малиновский.* Химические противозачаточные средства. Сборник «Противозачаточные средства». Изд. 3-е, Медгиз, Москва 1929. — *Bacuer* John. По отчету в Zbl. f. Gyn., 1931, № 2. — *Fraenkel* L. Die Empfängnisverhütung. Stuttgart 1932. — *Хохлов* и др. Гинек. и акуш., 1933, № 6. — *Дубинчик* и *Штробиндер.* Гинек. и акуш., 1931, № 5.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ У МУЖЧИН

В. М. Васильчук

Из урологического кабинета Винницкого военного госпиталя

Мы провели ряд наблюдений над действием новокаинового блока по Вишневскому при воспалительных заболеваниях придатков у мужчин как гонорройного, так и вульгарного происхождения, а в некоторых случаях и при травматических повреждениях придатков. Всего под нашим наблюдением было 9 больных с острым и 8 — с хроническим эпидидимитом гонорройного происхождения, 12 больных с хроническим эпидидимитом неспецифического происхождения (при циститах и уретритах), 3 больных с острым и 3— с хроническим повреждением придатков травматического происхождения. Таким образом, новокаиновый блок (в большинстве случаев частичный) мы применили у 35 больных, причем никакого эффекта мы не получили лишь в 3 случаях; в одном случае эффект получился временный, и больной через 3 недели возвратился к нам с теми же явлениями. У остальных больных мы наблюдали несомненный успех лечения.

Применяемая нами техника сводилась к введению ¼ или ½% раствора новокаина в физиологическом растворе поваренной соли, подогретой до температуры тела, в несколько точек — 1) в семенной канатик при выходе его из наружного отверстия пахового кольца, 2) под апоневроз, стремясь попасть в n. ilio-inguinalis, 3) на 1 поперечный палец кнутри от spina anterior superior ossis ilei — по 20 см³ в каждую точку; иначе говоря, наше опрыскивание производилось по типу анестезии при операции грыжесечения.

Если первое введение 60—70 см³ раствора новокаина не давало эффекта, вся процедура повторялась. Это имело у нас место в 5 случаях, остальным больным блокада была произведена однократно.

Действие новокаинового блока яснее проявлялось в тех случаях, в которых мы имеем дело с острыми явлениями, с повышенной температурой, с значительной отечностью и резкими болями. После введения 60—70 см³ новокаина самочувствие больного сразу улучшалось, отечность на другой день уменьшалась, температура падала до нормы, боли исчезали. К повторной блокаде в случаях острых заболеваний прибегать не приходилось, так как все явления воспаления быстро исчезали, и специфическое лечение, прерванное вследствие нарастания резких воспалительных явлений, после блокады могло продолжаться.

В отношении хроников с эпидидимитами как гонорройного, так и травматического происхождения, методика введения новокаина применялась та же, что и в остро-протекавших случаях, однако здесь часто приходилось прибегать к повторной блокаде, потому что улучшение наступало значительно медленнее, чем при острых воспалительных процессах.

По нашим наблюдениям действие новокаинового блока на течение воспалительных процессов в придатках настолько очевидно, что не оставляет сомнения в целесообразности его применения. С того времени как у нас стал применяться новокаиновый блок, число посещений урологического кабинета и продолжительность отпусков по больничным листам при заболеваниях придатков значительно сократились.

Не нужно забывать, что быстрый эффект мы получаем только в острых случаях, тогда как при хронических эпидидимитах значительное улучшение получается не всегда, и очень часто приходится прибегать к повторному блоку.

Конечно, блокада отнюдь не является средством, устраняющим необходимость других видов лечения, например применения тепла, мазевых повязок и пр., но блокаду мы считаем фактором, доминирующим в лечении.

Иначе дело обстоит с туберкулезным поражением придатков. В этих случаях, несмотря на многократное применение как частичной, так и поясничной блокады, успеха мы не имели и придатки оставались в прежнем состоянии. Поэтому возможно, что частичный новокаиновый блок может играть роль и фактора диагностического порядка. До сих пор диагностика туберкулезного поражения придатков, особенно сложная в начальном стадии, зачастую приводит к ошибкам, влекущим за собой образование свищей и поражение второго придатка. В случае полного отсутствия эффекта от новокаинового блока, особенно если в анамнезе нет указаний на гонококковую инфекцию, травму, цистит или уретрит, необходимо сразу же поставить прежний диагноз под сомнение и подумать о туберкулезном происхождении эпидидимита. В нашей практике дважды имел место случай, где патолого-анатомическая картина после кастрации подтвердила диагностику, основанную на вышеперечисленных признаках.

Выводы

1. Блокада по Вишневскому при воспалительных заболеваниях придатков у мужчин дает несомненный эффект.

2. Способ применения новокаинового блока чрезвычайно прост, и он может быть выполнен в амбулаторных условиях.

3. В случае отсутствия эффекта от новокаиновой блокады надо думать о туберкулезном характере поражения придатков.

Гигиена и строительство здравоохранения

МАТЕРИАЛЫ К ИЗУЧЕНИЮ НОВОГО ХИМИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ $Ag_2O \cdot 2MnO_2$

Проф. *В. Углов*

Это соединение отлагается в виде чернобурого налета на серебряных предметах и на предметах, подвергающихся химическому серебрению (путем восстановления металлического серебра) с последующей обработкой их 3% $KMnO_4$ при кипячении в течение 10 минут. Более или менее прочный слой этого вещества можно получить на всех предметах, кроме органических (например, нельзя манганировать вату, шерсть, опилки). Последние подвергаются столь энергичному окислению, что разрушаются. Несомненно, это же является причиной весьма высокой бактерицидности этого соединения серебра. Наиболее целесообразным является серебрение и манганирование пористых поверхностей, которые могут служить весьма длительно источником поступления ионов серебра и марганца в воду для ее обеззараживания. Способ серебрения и манганирования в целом осуществляется так: приготовляется 2% раствор $AgNO_3$; постепенным добавлением нашатырного спирта осаждается $Ag(HO)_2$, который растворяется в незначительном избытке NH_3 (до превращения бурого раствора в прозрачный). Этим раствором кольца Рашига заливаются в алюминиевой кастрюле и подогреваются до 80°, затем добавляется при помешивании 5% раствор формальдегида или формалина (40%), разведенного в 8 раз, с расчетом на каждый грамм серебра 4,4 см³ 5% раствора HCOH. Этой операцией достигается выделение металлического серебра на кольцах, от чего они делаются чаще черными, реже блестящими. Выдержав при помешивании ex temporе 10—15 минут, мутную жидкость сливают, кольца промывают в проточной воде и заливают в кастрюле 3% $KMnO_4$; после этого жидкость доводят до кипения, которое поддерживают в течение 5—10 минут. Затем марганец сливают, промывают кольца в проточной воде до потери розовой окраски промывной воды, в заключение кипятят в дестиллированной воде 10 минут, и кольца готовы. Вода, настоянная на таких кольцах, не дает реакции на серебро. Кольца Рашига, обработанные таким образом, помещаются в стеклянный графин или, что лучше, в фарфоровый (или фаянсовый) кувшин, чтобы защитить их от действия света, снижающего вообще бактерицидное действие серебра. Вода наливается в таком количестве, чтобы она слегка покрывала кольца из неглазированного фарфора. На кувшин в 2,2 литра надо положить 500 колец. Кольца имеют высоту в 15 мм и внутренний диаметр в 12 мм, наружный 15 мм. 500 колец вытеснят объем воды около 200 см³, так что в кувшине останется около 2 литров. Кувшин с кольцами Рашига оставался у автора в течение 2 лет, причем водой из этого кувшина пользовалась вся семья; иногда вода в кувшине застаивалась по нескольку дней, и тогда она приобретала еле ощутимый металлический привкус. Проверка бактерицидного эффекта этого кувшина производилась приблизительно через каждые полгода и показала весьма незначительное ослабление его действия. Если вначале стерилизация в отношении кишечной палочки наступала через 5—8 минут, то через 2 года она наступала через 15—20 минут (при нагрузке в 200 000—300 000 зародышей).

Вода из ленинградского водопровода, налитая в кувшин, при длительном стоянии сохраняла бесцветный и прозрачный вид. Проверка на вкус одними и теми же лицами показала, что они не в состоянии различить воду из кувшина от воды из крана. Для определения количества серебра, переходящего в воду, мы использовали методы с лейкосоединениями: обесцвеченным с помощью Na_2SO_3 фуксином и малахитгрюном или фенолфталеином. Раствор фуксино-сернои кислоты готовился так, что приготовлялся насыщенный (на холоду) раствор фуксина и он приливался по каплям к 4% раствору Na_2SO_3 до появления очень слабой розовой окраски.

Раствор фенолфталеина готовился 2% в спирте, затем разводился водой до слабой опалесценции. К нему добавлялся 1% NaOH. К яркокрасной жидкости в большом стакане при помешивании прибавляется понемногу алюминий в порошке до полного обесцвечивания жидкости (реакция бурная). Для определения серебра надо взять стандартный раствор $AgNO_3$, содержащий в литре 1 мг серебра, налить 70 см³ в цилиндр Генера, а в другой 70 см³ испытуемой воды и добавить одновременно по 30 см³ лейкофуксина или лейкофенолфталеина, тогда получится порозовение, которое выравнивается обычным образом. Лучше работать с колориметром Дюбоска (советского производства). Этим способом можно определять не менее 50 гамм (тысячных долей мгр) серебра. Подогревание жидкостей для ускорения реакции считаем нецелесообразным, так как при этом розовеют реактивы и без серебра. Изучая воду в кувшине с кольцами Рашига, мы определяли через сутки стояния от 100 до 250 гамм серебра на литр, через 1 час — 50 гамм. Пределом вкусовой чувствительности можно считать 250 гамм серебра на литр (или 0,25 мг).

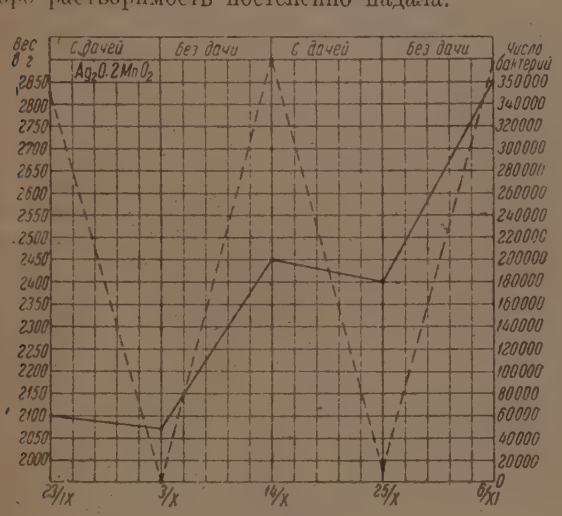
При определении количества серебра в воде кувшина с кольцами Рашига, обработанными по нашему способу, оказалось, что количество металла колебалось в пределах от 50 до 400 гамм на 1 л в зависимости от температуры. Через ½ часа уже можно было обнаружить 50 гамм серебра на литр, через сутки 200—250, через двое суток — 300—350, через 6 дней до 500. Поэтому воду в кувшине надо менять через сутки, во избежание металлического привкуса.

С другой стороны очевидно, что 50 гамм ионов серебра на литр воды вполне достаточно для уничтожения вегетативных форм бактерий, если число их не превышает 300 000 в 1 см³.

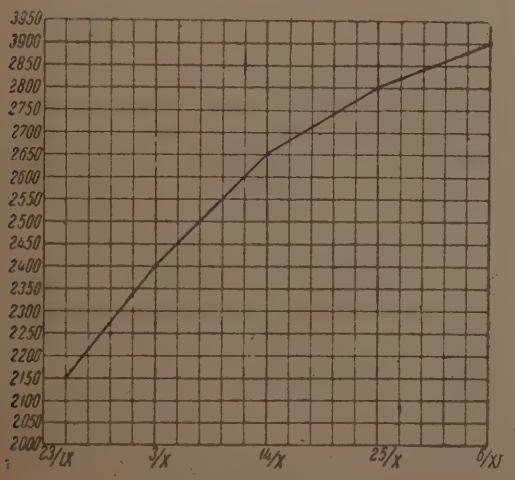
Отсюда возникло желание получить в чистом виде препарат, которым можно было бы дезинфицировать воду. Опыты показали, что 50 мг мельчайшего порошка препарата на литр воды при встряхивании в течение 3 минут достаточно для полного обеззараживания воды, которая делается пригодной для немедленного употребления.

Для получения этого соединения в чистом виде бралось 500 см³ 8% раствора $AgNO_3$, в котором осаждалось серебро крепким раствором NH_3; осадок гидрата окиси серебра растворялся в небольшом избытке NH_3. Жидкость подогревалась, и к ней добавлялся горячий 3% раствор $KMnO_4$ тоже в количестве 500 см³. Затем жидкость охлаждалась снегом, смешанным с поваренной солью. В течение ночи образовывался осадок, жидкость сверху сливалась, осадок переводился в воронку Бюхнера, отсасывался и промывался небольшим количеством ледяной воды. Кристаллы высушивались на воздухе; получались продолговатые пластинчатые кристаллы темнокрасно-фиолетового цвета, которые прекрасно растворялись в воде. При нагревании в пробирке или в фарфоровой чашке они взрывались, при кипячении крепкого раствора теряли массу аммиака, и в конце концов раствор делался бесцветным и прозрачным, но на дне получался тяжелый, черный, нерастворимый в воде осадок.

При хранении кристаллов на воздухе или в эксикаторе растворимость постепенно падала.



Кролик № 1.



Кролик 1а, контрольный, без дачи $Ag_2O{\cdot}2MnO_2$.

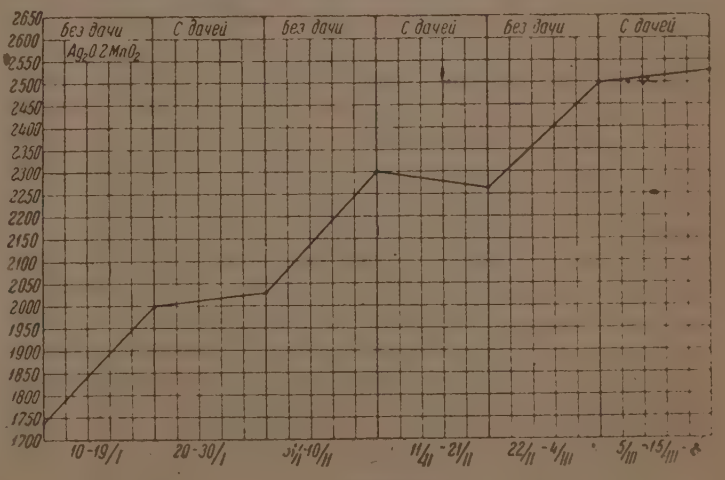
Анализ кристаллов дал 36,7% Ag и 10% Mn. При высушивании (над серной кислотой или хлористым кальцием) до постоянного веса, препарат потерял 42,7% H_2O и стал нерастворимым. Путем отгонки с едкой щелочью из него получалось 10,7% NH_3. Следовательно, нестойкое соединение состоит из серебра, марганца, аммиака и кристаллизационной воды. При высушивании растворимого препарата при 90° в течение 48 часов он превращается в черный аморфный нерастворимый даже в горячей воде порошок, но растворимый довольно легко в 10% растворе щавелевой кислоты, слабо подкисленном серной кислотой. В минеральных кислотах растворимость значительно хуже. Из него получить отгонкой аммиак не удалось.

Чтобы выяснить состав этого препарата, мы подвергли его измельчению и анализу на серебро и марганец. Состав его одинаков с налетом на песке, полученным ранее проф. Угловым, т. е. Ag 57,75%. Mn 29,41%, O_2 12,84%, — имеющим ту же формулу, что и осадок на серебренном и манганированном песке: $Ag_2O \cdot 2MnO_2$. Для лучшей очистки нерастворимого препарата необходимо его прокипятить в дестиллированной воде, отфильтровать, промыть до потери реакции на серебро (с $NaCl+HNO_3$), высушить и растереть в тончайший порошок.

Формула нового соединения: $Ag_2O{\cdot}2MnO_2$, т. е. оно представляет собой химическое соединение перекиси марганца и окиси серебра, имеющее молекулярции на серебро (с $NaCl + HNO_3$), высушить и растереть в тончайший порошок.

$$2Ag + 2KMnO_4 + H_2O = 2KOH + Ag_2O \cdot 2MnO_2$$

Весьма важным и интересным является вопрос о том, как действуют приемы внутрь препарата Ag_2O2MnO_2, который несомненно частично переходит в раствор с поверхности песка или угля. Для этого мы прибегли к опытам на молодых кроликах. Один кролик, весом в 2095 г, получал в течение 10 дней (23/IX—3/X) ежедневно с обильным кормом (из овса, свеклы) указанный препарат по 50 мг, который насыпался на корм в виде мельчайшего порошка и съедался без остатка. Аппетит, работа кишечника и вид кролика не представляли ничего особенного, и вес его оставался почти на том же уровне — 2067 г. Определение среднего числа бактерий вначале, из трехсуточного



Кролик № 2.

объема кала, до дачи препарата дало 348 000 колоний в 1 г, а в конце 10 дней собранный за 3 дня кал по-

казал зародышей 3200 на 1 г. С 3/X по 14/X кролик не получал препарата и вес его поднялся до 2445 г; количество бактерий в кишечнике возросло к концу этого периода до 410 000 на 1 г (в среднем).

С 14/X по 25/X снова—ежедневная дача Ag_2O2MnO_2 и снова задержка роста (25/X—2590 г.) без каких бы то ни было видимых патологических явлений со стороны желудочно-кишечного тракта или падения аппетита. Аппетит у животного оставался без изменений, среднее количество бактерий в кале к концу периода равнялось 4750 на 1 г (кролик № 1).

С 25/X до 6/XI кролик не получает окисного соединения серебра и марганца. Вес 6/XI оказался равным 2843 г, а число бактерий в кале увеличилось почти до 500 000 на 1 г. Весьма интересно то, что в кале за периоды дачи нерастворимого препарата ни разу не удалось обнаружить серебра; очевидно он всасывался без остатка. Параллельно с этим другой кролик такого же возраста, пола и масти получал только по 5 мг соединения и никаких отклонений в росте и числе бактерий в кишечнике не обнаружено.

Вторая пара кроликов аналогично первой дала такие же результаты. Три кривых прироста веса кроликов приводим выше.

Отсюда мы делаем вывод, что:

1) с помощью нашего препарата можно произвести частичную дезинфекцию кишечника, но дозы требуются значительные — до 25 мг на 1 кг веса;

2) что Ag_2O2MnO_2 дает задержку роста организма, что можно объяснить угнетающим действием серебра на действие витаминов, аналогично тому, как это доказано в отношении меди. Так как все витамины отличаются большей или меньшей способностью стимулировать рост и, имея в виду, что в настоящее время может считаться доказанной выработка бактериальной флорой кишечника некоторых витаминов (особенно у крыс, волков, шакалов и др.), мы находим возможным связать два явления: дезинфицирующее действие серебра (в соединении с марганцем) на кишечник и вызываемую им задержку роста;

3) незначительные дозы серебра в 2½ мг на 1 кг являются, повидимому, безразличными для организма, а тем более те дозы, которые попадают внутрь с водой, обеззараженной серебром (не более 1—2 мг в день).

ДЕСЯТЬ ЛЕТ РАБОТЫ АМБУЛАТОРИИ НА ФАБРИКЕ „КРАСНОЕ ЗНАМЯ“ В ЛЕНИНГРАДЕ

С. Я. Фрейдлин

В настоящей статье мы попытаемся осветить путь, пройденный фабричной амбулаторией «Красное знамя» за последние десять лет (1927—1936), и подвести некоторые итоги ее работы.

На примере развития закрытых амбулаторий ярче всего иллюстрируется непрерывный рост здравоохранения в связи с бурным ростом нашей промышленности.

В 1927 г. фабричная амбулатория занимала помещение в 4 небольших комнаты в 68 м² и помещалась в первом этаже фабричного корпуса. В амбулатории работало только четыре врача: терапевт, хирург, гинеколог и зубной врач.

По существу только в 1927 г. это учреждение получило права амбулатории, т. е. право продления временной нетрудоспособности на срок, превышающий 3 дня. Значительный рост и расширение объема деятельности амбулатории начался одновременно с расширением фабрики. В 1929 г. была выстроена и пущена в ход новая фабрика, для амбулатории было приспособлено помещение — вначале в два этажа, а затем, в 1932 г., был присоединен и третий этаж.

Таким образом к 1937 г., в связи с расширением предприятия, фабричная амбулатория выросла в крупное специализированное поликлиническое учреждение с врачебными приемами по всем специальностям, с рядом подсобных отделений: рентгеновским кабинетом, клинической лабораторией, физиотерапевтическим отделением, с водогрязелечебницей и ингаляторием.

В настоящее время амбулатория занимает 34 комнаты в 679 м² и, помимо этого, в трех корпусах фабрики организованы фельдшерские здравпункты для оказания первой помощи.

Все помещение амбулатории хорошо приспособлено и оборудовано, кроме того, ежегодно производится отделочный ремонт, что позволяет поддерживать учреждение все время в надлежащем санитарном состоянии.

Все врачебные кабинеты снабжены холодной и горячей водой. Полы покрыты линолеумом.

В 1927 г. весь штат амбулатории состоял из 18 медицинских работников, из них 7 врачей. За десять лет штат амбулатории вырос до 88 медицинских работников, в том числе 34 врача.

В настоящее время в амбулатории производится прием больных по двенадцати специальностям, в том числе по желудочно-кишечным заболеваниям, по туберкулезу, дерматологии, урологии. В амбулатории имеются 3 отделения: по терапии, гинекологии и зубным болезням; по остальным специальностям — врачебные кабинеты.

В связи с этими данными представляет интерес выяснение соотношения числа посещений рабочими своей амбулатории и общегородских лечебных учреждений, расположенных по месту жительства рабочих. Получить абсолютно точные данные по этому вопросу нам не удалось, поэтому мы исходили из числа больничных листков, выданных по поводу заболеваний с потерей трудоспособности.

Эти данные показывают, что процент охвата больных фабричной амбулаторией довольно высок и стабилен в течение последних пяти лет. В 1936 г. этот процент даже несколько выше, чем в 1935 г.

Преимущественно женский состав рабочих нашей фабрики поставил в центр внимания работу гинекологического отделения или, как оно стало называться с 1932 г., «женской консультации».

ТАБЛИЦА 1

Распределение больничных листков, выданных рабочим, заболевшим с потерей трудоспособности, по месту их выдачи (в процентах к итогу)

	ГОДЫ				
	1932	1933	1934	1935	1936
Фабричная амбулатория . . .	62,0	63,2	64,4	62,9	63,3
Амбулатория района расположения фабрики	23,5	16,8	10,6	10,8	12,5
Амбулатории других районов города	2,8	8,2	10,1	10,1	12,9
Больницы	7,8	7,4	8,1	7,6	3,5
Пункты охраны материнства и младенчества	3,9	4,4	6,8	8,6	7,8

К 1936 г. в женской консультации при нашей амбулатории работало 4 врача и 2 медсестры.

Наряду с обслуживанием беременных женщин, консультация ведет прием гинекологических больных, дает консультации по вопросам половой гигиены; медицинские сестры здесь же по назначению врача производят некоторые гинекологические процедуры — спринцевания, тампоны и т. д.

В последние три года (1934—1936) обслуживание беременных заняло центральное место в работе консультации.

Интересно отметить, что нашей консультацией охвачено огромное большинство беременных работниц фабрики.

Так в 1935 г. 94,1% всех беременных работниц было обслужено фабричной консультацией от начала и до конца беременности, в 1936 г. — 93,7%. Наряду с резким падением числа абортов, за последние три года количество родов у работниц фабрики возросло почти вдвое, за то же время коэфициент абортов (на 100 работниц) снизился почти в два раза.

Попутно интересно отметить, что число недоношенных детей (менее 2800 г и 48 см) по отношению к общему числу родившихся детей из года в год падало. В то же время число крупных детей — «советских богатырей» (выше 4000 г) — растет: в 1935 г. — 5,9%, в 1936 г. — 8,6%. Этот факт достаточно иллюстрирует результаты всех тех мероприятий по охране труда работницы, которые у нас так широко проводятся.

Женская консультация амбулатории развернула пропаганду ранней обращаемости беременных как лучшего метода профилактики патологии беременности.

В результате в 1936 г. мы наблюдали довольно значительное число ранних первых обращений беременных в консультацию амбулатории (таблица 2).

Мы не расцениваем эти данные как оптимальные и ведем дальнейшую борьбу за увеличение ранней обращаемости беременных.

Весьма актуальным в нашей практической работе является вопрос наиболее точного определения срока предоставления декретных отпусков при беременности.

Если принять обычный «страховой допуск» ошибки в две недели в ту или другую сторону, то мы имеем 73% точных определений сроков декретных отпусков,

ТАБЛИЦА 2

Сроки первых обращений беременных в женскую консультацию при амбулатории

Сроки беременности	1—5 нед.	6—10 нед.	11—16 нед.	17—20 нед.	21—26 нед.	27—32 нед.	Более 32 нед.
Число обращений .	16	330	202	84	116	55	20
Процент к итогу . .	1,9	40,1	24,5	10,2	14,2	6,7	2,4

5% ошибок в сторону уменьшения срока отпусков и 22% в сторону увеличения этого срока. Если принять во внимание литературные источники (Фигурнов), то следует признать наши данные довольно благоприятными.

Беременные, обслуживаемые нашей женской консультацией, обеспечены у нас всеми необходимыми клиническими исследованиями: систематическим измерением кровяного давления, анализами мочи — не реже одного раза в месяц, анализами мазков, измерением веса и т. д.

Все беременные, начиная со второй половины беременности, освобождаются от ночных смен на основании предписаний консультации. К этому надо добавить, что в случае необходимости беременные обеспечиваются специальной диэтой в фабричной диэтической столовой, бандажами, санацией полости рта, зубопротезированием и пр.

Зубное отделение начало свою работу, имея одно кресло и штат из двух зубных врачей. В настоящее время работают шесть зубных врачей, имеется 3 зубоврачебных кресла; при амбулатории работает зубной протезист, принимающий и сдающий в нашей амбулатории заказы на зубные протезы, что значительно облегчает рабочим возможность получения зубных протезов. В среднем за все эти годы на одного рабочего фабрики в год приходится два посещения зубного врача.

Физиотерапевтическое отделение амбулатории начало свою работу, располагая всего 3 аппаратами (кварцевая лампа, пантостат и световая ванна). В настоящее время это отделение оборудовано всеми необходимыми физиотерапевтическими аппаратами; в 1936 г. открыта водо- и грязелечебница. Отделение пропускает в день 250 больных; в среднем на одного рабочего фабрики приходится в год 3,7 посещения физиотерапевтического отделения.

В конце 1933 г. при амбулатории открыты клиническая лаборатория и рентгеновский кабинет, которые полностью удовлетворяют запросам амбулатории. Оба эти отделения немедленно извещают лечащих врачей о всех выявленных ими тяжелых больных, как, например, выявление бактерий Коха в мокроте, сахара в моче, аскарид в кале и т. д., не ожидая явки таких больных к врачам. Такая система позволила нам полнее поставить учет и обслуживание тяжелых больных, особенно туберкулезных.

В течение двух лет (1934 и 1935) нами проводился поголовный осмотр всех вновь поступающих на

фабрику в целях профконсультации и профотбора. Для данной работы бригадой научных работников было написано специальное пособие *«Профконсультация и профотбор в чулочно-трикотажной промышленности»* (Гизлегпром, 1935 г., стр. 174).

В настоящее время мы сочли более целесообразным сохранить предварительную профконсультацию как обязательную только в отношении осмотра окулистом. В остальном мы практикуем добровольную последующую профконсультацию — после поступления на фабрику.

Большое внимание в нашей работе мы уделяли вопросам рациональной организации приема больных.

Расписание приемов врачей построено с учетом чередования смен на фабрике.

На основании ежедневного оперативного учета работы каждого врача и всего учреждения в целом нами учитываются часы и дни различной нагрузки амбулатории, и в зависимости от этого меняется распределение различных приемов. В дни и часы наибольшей нагрузки сосредоточено максимальное количество врачебных приемов и различных видов обслуживания средним медперсоналом.

В целях сокращения времени ожидания больными приема врача нами один-два раза проводится специальная хронометражная проверка. Первая такая проверка была нами проведена в августе 1929 г. Эта проверка показала, что средняя продолжительность ожидания приемов составляла 50 минут. Тогда же нами был проведен ряд мер для сокращения времени ожидания больных. Прежде всего была установлена номерная система учета рабочего времени врачей, что привело к сокращению наблюдавшихся до этого довольно значительных опозданий врачей. Далее была проведена рационализация и частичная механизация работы регистратуры, что значительно сократило время обслуживания больного регистратурой.

Проверка, проведенная в 1931 г., уже показала некоторое сокращение времени, затрачиваемого больными на ожидание, в среднем до 35 минут.

Однако коренного улучшения в этом направлении нам удалось добиться только в 1936 г., после того как нами был реализован приказ Наркомздрава об установлении твердых норм приема врачей и введении системы предварительной записи. Вместе с реализацией этой системы нами было строго фиксировано время приема каждого больного в часах и минутах и централизовано регулирование через регистратуру всего потока больных как первичных, так и повторных.

Строгое соблюдение фиксированного на номерках времени приема позволило нам в 1936 г. резко сократить время ожидания больных. Так, последняя проверка показала, что время ожидания у различных специалистов колеблется от 7 до 30 минут в среднем на одного больного. При этом нам удалось выявить, что время ожидания, зависящее от организации работы амбулатории, колеблется от 1 до 10 минут, а время ожидания, зависящее от самих больных — от 6 до 20 минут. Повидимому, все еще сказывается известное недоверие к своевременности приема, а отсюда и преждевременный приход в амбулаторию.

Большое внимание уделено созданию для врачей наиболее удобной, спокойной и рационально организованной обстановки для ведения приема больных.

Каждому врачу предоставлен отдельный кабинет, оставленный только с обычной для приема мебелью, расставленной с учетом наиболее удобного ведения приема. Все кабинеты снабжены электрическими звонками и световыми сигналами для вызова больных в кабинет. Для большего удобства в 1935 г. все врачебные кабинеты были снабжены телефонными аппаратами, которые установлены также и в подсобных отделениях (регистратура, хозяйственная часть, канцелярия, процедурная и все посты санитарок).

Самым трудным оказалось дело ликвидации перегрузки врачебных приемов больными и создания нормальной твердой нагрузки приемов в интересах обеспечения высокого качества лечебного обслуживания больных. Этого удалось добиться только на основе регулирования потока больных посредством предварительной записи.

Установление срочности приема больных возложено на дежурный средний медицинский персонал здравпунктов и дежурного фельдшера амбулатории. Для приема срочных и неотложных больных выделен прием дежурного терапевта и зубного врача и сохранена возможность приема нескольких больных у всех остальных специалистов. Больные, не требующие немедленного приема врача, принимаются только в пределах установленной нормы, а при отсутствии свободных мест приема — в порядке предварительной записи.

В результате всех этих мер к концу 1936 г. удалось получить следующую нагрузку для врачей основных специальностей: терапевт — в среднем 5,5 больных в час, гинеколог — 6, хирург — 9,5, невропатолог — 4, окулист — 7, ото-ларинголог 7, зубной врач — 2,9 больных в час.

Полученные результаты нельзя считать предельными; должна продолжаться упорная борьба за дальнейшее сокращение часовой нагрузки приема врача, как важнейшее условие повышения качества лечебного обслуживания больных. Необходимо учесть, что сокращение почасовой нагрузки врача достигнуто без всякого увеличения общего числа штатных врачей, без сокращения охвата нашей амбулаторией больных. Количество рабочих на фабрике в эти годы было стабильным.

Наконец была проведена также рационализация ряда «мелочей». Истории болезней из регистратуры подаются в кабинеты врачей лифтом. В гинекологическом, урологическом и физиотерапевтическом кабинетах введены индивидуальные салфетки и простыни для больных.

В рентгеновском кабинете устроена автоматически освещающаяся кабинка (не освещающая кабинета) для раздевания и одевания больных.

Врачи освобождены от всякого лишнего «писания». Всякого рода записи сосредоточены в регистратуре, а то, что должно быть заполнено и записано самим врачом, рационализировано путем введения печатных бланков и форм.

Существенной особенностью работы закрытых амбулаторий надо считать санитарную и лечебно-профилактическую их деятельность, которой здесь обычно отводится значительно больше места, чем в районных поликлиниках.

В нашей амбулатории была выделена определенная группа больных, обслуживание которой проводилось диспансерным, т. е. активным методом. В эту группу у нас включены: больные с активными формами туберкулеза легких, язвенные больные (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки), длительно болеющие

(свыше одного месяца) различными болезнями, и, наконец, часто болеющие, т. е. такие больные, которые в течение 3 месяцев теряют трудоспособность более двух раз. Такие больные регулярно вызываются в амбулаторию для врачебных осмотров; в отдельных случаях этих больных посещают врачи нашей амбулатории на дому.

В качестве лечебно-профилактических мероприятий в отношении этих больных амбулатория располагает довольно солидным санаторно-курортным фондом: так, за последние 6 лет в санатории и курорты направлено 1756 больных.

При фабрике имеется диэтическая столовая на 150 мест.

Для туберкулезных больных в 1934 г. организован специальный цех облегченного труда, где работа ведется только в одну утреннюю смену, и специальное отделение в столовой с усиленным питанием.

Наконец ряд больных был освобожден от работы в ночные смены, а ряд других переведен на более легкие работы.

Санитарная работа амбулатории прошла ряд определенных этапов. До 1929 г. этому виду работы уделялось сравнительно немного внимания. С 1930 по 1934 г. к участию в ней были привлечены все врачи амбулатории. Это были годы реализации на фабрике «санитарного минимума». Главное внимание уделялось устранению элементарных санитарных дефектов и мобилизации санитарной активности широких рабочих масс. Наконец, начиная с 1934 г. и по настоящее время, ведется усиленная работа в области оздоровления условий труда; в частности проведен целый ряд мероприятий по промышленной санитарии (оздоровление освещения, вентиляции и т. п.). Этой работой руководит специалист — санитарный врач, наделенный всеми правами госсанинспектора.

Значительное развитие получила санитарно-культурная работа. В амбулатории устроено несколько выставок, организовано распространение санитарно-просветительной литературы. Больше всего привились справочно-консультационная и лекционная работы. Эту работу проводят все врачи амбулатории. За десять лет в цехах проведено 3056 врачебных лекций и бесед и за последние восемь лет выдано 5895 справок и консультаций по вопросам здравоохранения.

Не безынтересно отметить, что с момента, когда амбулатория (в 1930 г.) получила самостоятельный бюджет, т. е. за семь лет ассигнования на ее содержание выросли почти в десять раз—с 52 841 руб. в 1930 г., бюджет амбулатории в 1936 г. возрос до 488 385 руб.

Большое внимание отводится повышению квалификации работников амбулатории. В 1935 г. в амбулатории организована медицинская библиотека, выписывается большинство издаваемых в Союзе медицинских журналов; библиотека в настоящее время насчитывает уже около 1000 названий новейшей медицинской литературы для врачей и среднего медицинского персонала.

Регулярно проводятся научные конференции врачей и медицинских сестер. В последний год мы начали практиковать на конференциях среднего персонала доклады самих медицинских сестер на различные медицинские темы (острый живот, грипп, гинекологические кровотечения и т. п.), с последующим широким обсуждением этих сообщений под руководством врачей соответствующих специальностей. В течение последних пяти лет амбулатория служила базой для проведения практических занятий по социальной гигиене Первого и Третьего Ленинградских медицинских институтов и для Государственного института для усовершенствования врачей.

В заключение необходимо отметить огромную роль, которую в развитии амбулатории сыграла профсоюзная общественность фабрики. До 1930 г. социально-бытовой сектор фабкома, затем до 1933 г. группа содействия здравоохранению и, наконец, в последние годы актив страховых делегатов и выплатной пункт принимали и принимают самое активное участие во всей жизни и работе амбулатории.

Массовые обследования на дому больных (до 3000—4000 в год), обследование общегородских лечебных учреждений, где лечатся больные рабочие фабрики, посещение наших госпитализированных больных, выявление длительно и часто болеющих и, наконец, сигнализация о санитарных дефектах в цехах, — вот тот обширный круг обязанностей, который еще далеко не исчерпывает всей той работы по здравоохранению, которая ведется нашим рабочим активом.

Можно с уверенностью отметить, что всем своим ростом и успехами амбулатория во многом обязана постоянному активному участию, критике и помощи, которые оказывались ей рабочей общественностью фабрики.

Замечания к статье

„ПРОСТЫЕ СПОСОБЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УГЛЕКИСЛОТЫ И УГАРНОГО ГАЗА В ВОЗДУХЕ“ [1]

М. И. Куленок и Г. Г. Надсон

После появления в печати нашей статьи авторы получили много писем с просьбой разрешить некоторые вопросы, возникшие по существу методики. Вопросы имеют не частный интерес и ответ на них уточняет методическую сторону дела.

1. В качестве поглотительных склянок возможно приспособить любые из существующих систем.

Мы в дальнейших наших изысканиях остановились на наиболее, по нашему мнению, совершенной склянке, снабженной пористой пластинкой Шотта и четырьмя трубками с притертыми кранами. Последние (краны) позволяют ограничиться при работе только одной склянкой (бесконтрольной); при этом, как и раньше, испытуемый воздух представляется возможным промыть в поглотителе два раза.

Как видно из чертежа, трубка *А* склянки соединяется каучуком с всасывающим приспособлением аспиратора-насоса, а *В* — с нагнетательным. Работа такой системы осуществляется серией действий, каждое из которых состоит из двух приемов.

Первый прием. Открываются краны трубок *Д* и *А* (краны *С* и *В* закрыты), и медленно выдвигается поршень насоса. Испытуемый воздух заходит в систему через *Д*, промывается в поглотителе и далее через *А* поступает в цилиндр насоса.

[1] Советский врачебный журнал, 1937, № 3.

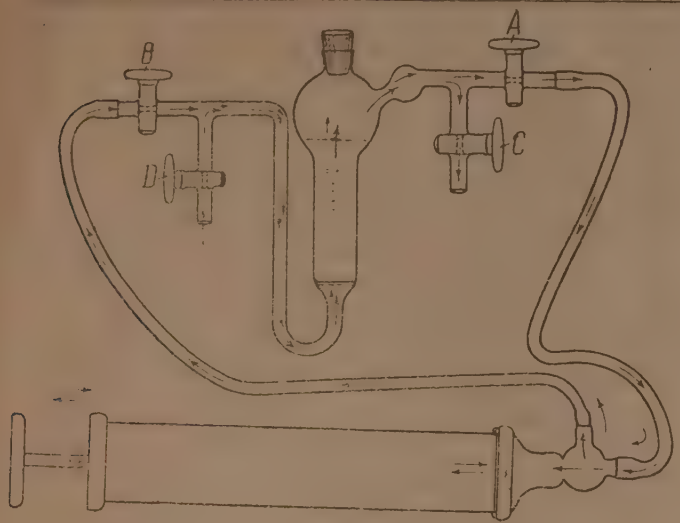


Рис. 1.

Второй прием. Закрываются ранее открытые краны *Д* и *А*, и открываются краны *В* и *С*. Медленно задвигается поршень насоса, и воздух, наполняющий цилиндр, вторично входит в систему через *В*, вновь промывается в поглотителе и выходит через трубку *С*.

Для работы с такой склянкой рекомендуется аспиратор-насос, емкостью не более 50 см³.

2. При пропускании через раствор воздуха нужно добиться, чтобы он проходил медленно и сплошной цепочкой мелких пузырьков. Достигается это темпом протягивания, с одной стороны, и приспособлением в виде пластинки Шотта (или помещения в склянку мелко битого стекла) — с другой.

Вообще экспериментатор должен всякую новую склянку проверить на способность ее к прорыву CO_2 и в соответствии с ней применить нужные темпы протягивания.

3. Использование в качестве рабочего раствора $Ba(OH)_2$ принципиально возражений не возбуждает. Мы видим даже большую чувствительность этого раствора к CO_2. Но трудности, связанные с хранением этого раствора и поддержанием склянок в чистоте (от образующихся в результате анализа $BaCO_3$), заставляют нас отказаться рекомендовать его.

4. Концентрация растворов $N/_{20}$ CO_2 [$Ba(OH)_2$], вообще говоря, не безразлична. Обычно при анализе на CO_2 пользуются $\frac{W}{50}$ раствором вещества. Мы для нашей методики считаем этот раствор крепким и разбавляем его шестикратно.

5. Вода для приготовления титрования раствора берется свеже-прокипяченная в течение 1—2 часов.

Рефераты

Внутренние болезни

M. Wibauw. Препараты золота при ревматизме сердца. Scalpel, 1937, 90, 17, 537.

Поскольку препараты золота, повидимому, повышают реакцию мезенхимальных тканей, преимущественно пораженных при ревматизме сердца, казалось целесообразным испробовать их действие при этом заболевании, равно как при некоторых других поражениях сердца еще не выясненного происхождения. Препараты золота оказывают благоприятный эффект при медленно развивающемся туберкулезе и при хроническом полиартрите, с которым у названных выше сердечных заболеваний много общего в отношении отдельных проявлений и общей эволюции процесса. Непосредственный эффект действительно хороший; требуется, однако, тщательный отбор больных и осторожная дозировка; об отдаленных результатах говорить еще рано.

В. Боровская (БНМБ)

Broun D. Новые данные об инсулине. C. r. Acad. Sciences, 1937, 204, 12, 1015—1016.

Прибавление к инсулину 1% водной взвеси желатины усиливает его гипогликемическое действие, причем эффект становится также и более продолжительным.

В. Боровская (БНМБ)

Wallis. Влияние фолликулина на кровяное давление. Zbl. Gyn., 1936. 48.

На основании 12 случаев эссенциальной гипертонии, леченных фолликулином, автор приходит к выводу, что последний не оказывает специфического понижающего кровяное давление действия и считает, что к применению этого гормона при гипертонии нет никаких показаний.

В. Боровская (БНМБ)

Оживление сердца. Bull. Acad. Méd., 1937, 117, 18, 504—506.

В заседании Французской Академии Медицины 11 мая с. г. специальная комиссия при участии Ляшка обратила внимание Академии на сообщение, полученное от д-ра Дам Сотириадес из Афин относительно действия внутрисердечных и внутриперикардиальных вприскиваний кислорода и озона на сердце: в опытах на трупах собак и кроликов удалось посредством повторных введений газа поддерживать сердечные сокращения в течение 2—6 часов.

Описанное наблюдение, наряду с теоретическим интересом, могло бы приобрести, при дальнейшей разработке, и практическое значение в клинике — в тех, правда, редких случаях, когда имеется дительный обморок с остановкой сердечной деятельности; возможно, что озоном, не вызывающим никаких побочных явлений, целесообразно заменить адреналин.

В. Боровская (БНМБ)

Poll u. Stern. Патологические осложнения обильного диуреза. Arch. Intern. Med., Chicago, 1936, v. 58.

Авторы описывают симптомокомплекс, могущий развиться в связи с обильным и быстро наступающим диурезом. Он характеризуется явлениями слабости, беспокойства, психической спутанности, за которыми может последовать апатия, кома и даже смертельный исход. Тургор тканей слабеет, язык становится сухим, и больной жалуется на чрезвычайную жажду. Особенно часто подобного рода состояние развивается после приема препаратов ртути, так как они способны вызвать весьма большое обезвоживание. Надо остерегаться давать сильные мочегонные больным преклонного возраста, страдающим резко выраженным артериосклерозом, и кахектикам. Если, несмотря на все принятые меры предосторожности, начинают развиваться нежелательные симптомы, надо немедленно принять соответствующие меры: 1) вводить через рот возможно больше жидкости; 2) давать хлористый натрий сначала в капсулах, потом в виде 0,1% раствора в количестве одного литра, что способствует восстановлению содержания натрия в крови; 3) если введение соли через рот почему-либо неосуществимо, ее вводят парэнтеральным путем, хотя внутривенозный и подкожный способы в рассматриваемых случаях далеко не столь эффективны, как введение через рот. Если не поспешить с этой терапией, то патологическое состояние может стать необратимым и закончиться смертью.

В. Дембская

Kuhn Rich. Синтез витамина А. Ber. dtsch. chem. Ges. 1937, 70, 853.

Рих. Куну удалось получить витамин А синтетическим путем. Полученный им препарат вполне сходен с витамином, встречающимся в естественных условиях, в физическом, химическом и биологическом отношении.

В. Боровская (БНМБ)

Barree. Витамин Е и щитовидная железа. Nature, 1937, 139.

Связь между витаминами и гормонами принадлежит к числу наиболее актуальных проблем биологии и медицины. В опытах на крысах удалось установить зависимость между недостатком в пище витамина Е и строением щитовидной железы: потомство крыс, получающих минимальное количество этого витамина, только обеспечивающее возможность вынашивания и кормления, проявляет признаки кретинизма.

В. Боровская (БНМБ)

Biancani Delaville. Ингаляционная терапия. Bull. Acad. Med., 1937, 117, 4.

Специальным аппаратом можно переводить различные химические вещества в состояние мельчайшей, туманообразной взвеси. Взвешенные частицы проникают не только в ткань легких, но и в ток крови. Так, например, в опытах с кроликами после вдыхания пульверизированного 10% раствора иодистого калия иод был обнаружен в моче.

В. Боровская (БНМБ)

Детские болезни

Коклюш. Publ. Health, 1937, 50, 8, 264.

А. Б. Донэльд в докладе, состоявшемся в конце февраля в Лондоне, настаивал на значении бациллы Борде—Жангу в качестве единственного возбудителя коклюша. В ранних стадиях болезни (в первые 3 недели) автору удалось выделить бациллу в 57 из 61 случая; на четвертой-пятой неделе выделение удается значительно реже (23 положительных результата на 74 случая), но в этот период отмечается нарастание титра связывания комплемента (четвертая—двенадцатая неделя). Кожная реакция на убитую вирулентную культуру оказалась неспецифичной. В прениях У. Джэн указал на трудности, связанные с изолированием и идентификацией бациллы Борде—Жангу; вместе с тем этот метод дает возможность ставить диагноз коклюша уже на седьмой—четырнадцатый день болезни, что имеет большое практическое значение. Наоборот, относительно срока снятия карантина бактериологический метод не дает указаний, поскольку удается обнаружить бациллы еще на одиннадцатой-двенадцатой неделе болезни, когда по клиническим наблюдениям больной уже совершенно безвреден для окружающих.

Г. Синай (БНМБ)

B. Hamilton a. M. Dewar. Антирахитическое действие тартратов и цитратов. Science Proceed. 1937, 85.

Тартраты и цитраты, введенные внутрь, предупреждают развитие рахита у крыс, находящихся на рахитогенном пищевом режиме, в такой же степени, как рыбий жир; они оказывают также терапевтическое действие, хотя и более слабое, чем препараты витамина D. Механизм этого действия названных соединений еще не выяснен.

В. Боровская (БНМБ)

Профилактическое обслуживание сердечных больных и ревматиков. Aerztliche Nachrichten, 1937, 2.

Рабочее немецкое общество охраны народного здоровья в Чехословакии приняло решение провести ряд мер для предупреждения и лечения ревматизма и заболеваний сердца, которые в настоящее время являются самыми распространенными заболеваниями и могут быть отнесены к социальным болезням. В порядке опыта предположено обследовать школьников первого и второго классов народных школ в городах Ауссиг, Эгер, Теплиц-Шенау и Франценсбаде. Обследованию подлежат дети, у которых после перенесенных заболеваний (скарлатина, дифтерия, тяжелые и часто повторяющиеся ангины, суставной ревматизм, хорея) можно предполагать наличие ревматического заболевания или заболевания сердца. Дети будут подвергнуты всестороннему клиническому исследованию (рентгеновское просвечивание, электрокардиограмма, реакция оседания эритроцитов). Проведение обследования поручено школьным и городским муниципальным врачам. Все клинические данные будут занесены в специальную карточку (Evidenzblatt), на которой будут отмечены все перенесенные ребенком заболевания. Выявленным при врачебном обследовании больным детям будет предоставлено больничное лечение либо направление в специальные лечебные заведения. Больные дети будут освобождены от занятий гимнастикой. По истечении 6 или 12 месяцев будут повторно произведены обследования этих детей.

Материалы обследования будут обработаны впоследствии министерством здравоохранения Чехословацкой республики.

М. Броун

P. Lereboullet. Детское питание. Bull. Acad. Méd., 1937, 117, 3.

По поручению Гигиенической комиссии Лиги Наций Леребуллэ сделал в Медицинской академии (Париж) доклад о нормах детского питания на первом году жизни. Установлены количество калорий, потребность в белках, жирах, углеводах и минеральных веществах, нормы молока для естественно и искусственно вскармливаемых детей, различных витаминов, железа, овощей и злаков, яиц, масла и т. д. Далее имеются указания относительно качества и способов приготовления основных продуктов, о питании недоносков, больных инфекционными болезнями, а также беременных и кормящих женщин. Среди тем, рекомендуемых для разработки в будущем году, намечены: систематическая профилактика малокровия железом, сравнительное действие облученных стеринов и облученного молока, влияние больших количеств молока на обмен и в частности на усвоение кальция и железа.

В. Боровская (БНМБ)

Инфекционные болезни и эпидемиология

Грипп в промышленности. Brit. med. Journ. 22, May, 1937.

Обследование, произведенное на одном крупном *лондонском предприятии*, хорошо оборудованном в санитарно-техническом отношении, показало, что за 2 месяца — с 1 декабря 1936 г. по 31 января 1937 г. — из 7000 рабочих переболело *гриппом* 1214 человек или 19,1%. Средняя продолжительность болезни — 10,6 дня. Наибольший процент заболеваемости падает на производственных рабочих (19,6%) наименьший — на инженерно-технический персонал (15%). Среди работников конторского труда заболеваемость достигла 17,7%, среди подсобных рабочих, работающих преимущественно на открытом воздухе, — 15,9%. Рабочие, живущие вдали от предприятия и пользующиеся общественными средствами передвижения, дали несколько больший процент заболеваемости, чем остальные. Из общего числа заболевших у 74% в семьях никто гриппом не болел, что указывает на доминирующую роль предприятия в распространении инфекции, вследствие неизбежной скученности и близкого общения при работе.

З. Духанина (БНМБ)

Cotte. К этиологии острого полиомиелита. Bull. Acad. Méd., 1937, 117, 15, 454—461.

При изучении издавна известного заболевания цыплят, характеризующегося, помимо некоторых общих симптомов, прогрессирующей атрофией конечностей и часто ошибочно принимаемого за суставной ревматизм, было обнаружено присутствие грам-положительного микрококка. От взрослых птиц этот кокк передается по наследству; его можно обна-

ружить в свеже снесенных яйцах. Источником инфекции служит пища; в частности микрококк, аналогичный куриному, был найден в жмыхах различного происхождения, поэтому им может быть заражено также и молоко. Возникает вопрос: не принадлежит ли этому микрококку определенное значение и в развитии детского полиомиелита? Это предположение удовлетворительно объяснило бы сезонность заболевания, поскольку апрель—июнь является периодом максимальной кладки и максимального потребления яиц. Годы, отличавшиеся эпидемиями полиомиелита, характеризуются одновременно также и высокой смертностью домашней птицы. Географически очаги полиомиелита совпадают с центрами птицеводства.

В. Боровская (БНМБ)

A. C. Frazer. Обезвреживание токсинов в организме. Chem. a. Industr. 1937, 56, 4.

Бактериальные токсины могут быть сделаны безвредными для организма путем смешения их с очень мелкой эмульсией масла в воде. Более 20 летальных доз дифтерийного токсина может быть обезврежено 0,5 см³ подобной эмульсии. Происходит повидимому адсорбция токсина на пограничных поверхностях (масло—вода). При клинической проверке оказалось, что внутривенное введение мелкой масляной эмульсии оказывает благоприятное действие на течение токсэмии.

В нормальной крови человека содержатся мельчайшие жировые частицы, видимые в темном поле. Возможно, что они принимают участие в обезвреживании токсинов.

В. Боровская (БНМБ)

Комары на аэропланах. Publ. Haalth Rep., 1937, 52, 14, 414.

Аэропланы, прибывающие из Южной Америки в США, могут переносить комаров, зараженных желтой лихорадкой, и тем самым служить источником эпидемии. Соответствующее исследование, произведенное в Миами, показало, что больше трети аэропланов завозит комаров различных видов, представляющих несомненную опасность; необходимо, следовательно, разработать соответствующие профилактические мероприятия.

Г. Сичай (БНМБ)

Noeske H. und Weigmann F. Бактерицидные свойства человеческой слюны. Z. f. Hyg., 1937, 119, 4, 413—424.

При посеве некоторых патогенных микроорганизмов на агар, разведенный наполовину свежей человеческой слюной, можно обнаружить ее бактерицидные свойства. Эффект, однако, неодинаков как в отношении различных микроорганизмов, так и самой слюны. Нагревание до 56° и длительное хранение уничтожают бактерицидные свойства слюны. Повидимому бактерицидный эффект слюны связан с наличием в ней особого белкового вещества, которое Дольд предложил называть ингибином.

А. Ф. (БНМБ)

Sergio Lenzi. О быстром методе макроскопической агглютинации при помощи центрифугирования. Giornale di Bacteriologia e Immunologia, Nr 2, 1937.

Методика такова: сыворотка разводится в пропорциях от 1 : 50 до 1 : 400, к каждому разведению прибавляется одинаковое количество свеже-приготовленной бактерийной эмульсии; смесь встряхивается, центрифугируется в течение 10 мин. при 1500 оборотах в минуту; осадок снова встряхивается. Если он при этом не растворяется, а принимает вид более или менее тонких хлопьев и жидкость становится прозрачной, то надо считать результат реакции агглютинации положительным. При отрицательной реакции осадок растворяется, и жидкость становится однообразно мутной, как и контрольная.

Автор поставил аналогичные опыты с сыворотками иммунизированных животных, обладающими высоким титром, и с сыворотками субъектов, больных инфекциями, подлежащими диагносцированию при помощи реакции агглютинации (тиф, паратиф, брупеллёз), а также с нормальными сыворотками. На основании длительных экспериментов автор несколько ограничивает значение указанного метода. Сыворотки, обладающие высоким титром и происходящие от иммунизированных животных или же от больных, агглютинирующих соответствующий штамм при высоком разведении, дают ясно положительную реакцию; в этих случаях получаются лучшие результаты, чем при классическом методе. Сыворотки больных тифом, паратифами А и В, брупеллёзом, если они обладают умеренным агглютинационным титром (не выше 1/200), дают при быстром методе макроскопической агглютинации большей частью отрицательный результат, изредка неопределенный. С высоко агглютинирующими сыворотками скорый метод дает групповую агглютинацию при таком же титре, как и классический метод. Скорый способ может быть использован как первый этап классического метода; после того как получена суспенсия в результате встряхивания осадка, материал оставляется на 2 часа при температуре 37° и на 12 часов при комнатной температуре.

Л. С. Дейнер (Москва)

I. Klima. Инфекционные болезни в Чехословацкой республике в 1936 г. Aerztliche Nachrichten, 1937, Nr. 2.

Министерство здравоохранения Чехословацкой республики, публикуя отчет о заболеваемости инфекционными болезнями за 11 месяцев 1936 г. по всей республике в целом и по отдельным ее частям приводит сравнительные данные за весь 1935 г.

В ноябре 1936 г. повысилась заболеваемость брюшным тифом, сыпным тифом и полиомиелитом по всей республике в сравнении с тем же месяцем 1935 г. Заболеваемость брюшным тифом по всей республике в ноябре 1936 г. была 52,6 на 100 000 жителей (по расчету на год), в ноябре 1935 г. — 49,7; значительное повышение заболеваемости наблюдалось в Карпатской Руси (почти вдвое) и небольшое повышение в Богемии. За 11 месяцев 1936 г. по всей Чехословакии было зарегистрировано 5911 заболеваний *брюшным тифом* против 4643 заболеваний за то же время в 1935 г.; наибольшее увеличение числа этих заболеваний наблюдалось в Карпатской Руси и Словакии. В ноябре 1936 г. заболеваемость *сыпным тифом* наблюдалась только в Карпатской Руси, где эта болезнь имела эндемический характер, и наблюдалась в районах, пограничных с Польшей (Кичерни и Перекрестна); за 11 месяцев 1936 г. число заболеваний сыпным тифом достигло 437 по всей Чехословакии против 171 за те же месяцы 1935 г.; особенно увеличилось число заболеваний этой болезнью в Словакии (256 заболеваний в 1936 г. против одного заболевания в 1935 г.) и в Карпатской Руси (180 заболеваний в 1936 г. против 170 в 1935 г.).

За 11 месяцев 1936 г. по всей Чехословакии заболело 26 484 человека *скарлатиной*, а за те же месяцы 1935 г. — 23 851 человек; особенно увеличилось число заболеваний по сравнению с 1935 г. в Карпатской Руси. За 11 месяцев 1936 г. по всей Чехословакии было зарегистрировано 23 276 заболеваний *дифтерией*, т. е. меньше чем за то же время в 1935 г., когда было 25 267 заболеваний; заметное уменьшение этих заболеваний наблюдалось только в Богемии, в то время как в других областях было отмечено некоторое увеличение их числа, особенно в Карпатской Руси и Словакии. За 11 месяцев 1936 г. было зарегистрировано 265 заболеваний *полиомиелитом*, за то же время 1935 г. — 188; увеличение числа заболеваний отмечалось в Карпатской Руси и Словакии.

Общее впечатление, что самыми неблагополучными в эпидемическом отношении являются Карпатская Русь и Словакия.

М. Броун

Хирургия

Mandl. Лечение привычного вывиха плеча и разрыва крестообразных связок коленного сустава собственной кровью больного. Zbl. Chir., 1937, 18.

Автор с 1935 г. успешно применяет лечение привычного вывиха плеча и повреждений крестообразных связок коленного сустава собственной кровью больного. Обычным шприцем из локтевой вены больного берется 10—20 см³ крови и

вводится в область сумки плечевого или коленного сустава. Инъекции производятся с двух-трехдневными промежутками пять—десять раз. Механизм действия заключается в том, что введенная кровь как бы спаивает ткани и ведет вместе с тем к сморщиванию и укреплению суставной сумки. В двух случаях привычного вывиха плеча автор получил отличный результат. Еще большее значение этот способ имеет при повреждениях крестообразных связок, заменяя хирургическое вмешательство, которое зачастую не дает хороших функциональных результатов. При повреждениях крестообразных связок (64 случая) автор отмечает в 75% полное восстановление функции сустава. Способ неприменим в случаях с отрывами в области eminentia intercondyloidea.

Б. Иванов

Beck. Лечение повреждений черепа. Zbl. Chir. 1937, 15.

Для борьбы с головными болями, бессознательным состоянием, головокружениями и состоянием беспокойства у больных с повреждениями черепа (сотрясение и ушиб головного мозга с переломом черепа или без него) автор с успехом применяет кальций в комбинации с бромом. Вначале вводят два-три раза в день по 10 см³ раствора бромистого кальция (0,093 Ca и 0,187 Br) внутримышечно или внутривенно; по прекращении рвоты и прояснении сознания у больного назначают это средство по 1 таблетке три раза в день (1 таблетка = 0,23 Ca + 0,45 Br), в случае необходимости — в течение нескольких недель. При этом важно систематическое изо дня в день проведение лечения, в результате которого у больных исчезает беспокойство по ночам и появляется освежающий сон. Особенно хорошее действие бромистый кальций оказывает на мучительные головные боли. Средство охотно принимается и хорошо переносится.

Б. Иванов (БНМБ)

M. Sendrail et M. Cahuzac. Хирургическое лечение диабета. C. r. Soc. Biol., 1937, 124, 111, 1088.

Перерезка периартериальных сетей симпатического нерва на артериях, питающих поджелудочную железу, не повреждающая разветвлений блуждающего нерва, вызывает у собак — после длящегося несколько недель периода гипергликемии—стойкое понижение концентрации сахара в крови, взятой натощак. Эта фаза оставалась до сих пор неизвестной вследствие недостаточной продолжительности наблюдений.

В. Боровская (БНМБ)

Aldrich. Лечение ожогов сложным анилиновыми красками. Main. Med. Journ., 1937.

Генцианвиолет не всегда оказывает хорошее действие при ожогах, потому что не имеет специфически антитоксического влияния на грам-отрицательные микроорганизмы. Автор нашел, что комбинация акривиолета (смесь акрифлавина с генцианвиолетом) и бриллиантовой зеленью является весьма сильным антисептическим средством против грамположительных бактерий и нисколько не повреждает клетки организма. Одновременно она активно действует и против грам-отрицательных микробов. В бульонных культурах и в пробирках с плотной средой она прекращает рост грамположительных микробов в разведении до 1 000 000 и грам-отрицательных в концентрации 1 : 10 000. При нанесении на обожженную поверхность краска быстро образует плотный гибкий струп, который одновременно стерилизует раневую поверхность и ограждает ее от внешних раздражений, а также предохраняет от потери влаги и анальгезирует. Водный раствор краски наносится при помощи распылителя. Если нет большого разрушения тканей, никакой предварительной очистки не требуется. В первый день распыление краски производится через каждый час. После образования струпа его можно прекратить. За состоянием же его надо тщательно следить. Если под струпом развивается инфекция, то в соответствующем месте красочный струп размягчается и становится влажным. Эту часть его надо приподнять пинцетом и отрезать ножницами. Обнажившаяся поверхность высушивается стерильной губкой и на нее наносится свежая порция краски. Наблюдение продолжается до тех пор, пока не закончится заживление или же грануляции достигнут такой высоты, при которой можно проводить пересадку кожи. Хотя предложенная смесь красок значительно лучше генцианвиолета, тем не менее вопрос об идеальном лечении ожогов, по мнению автора, все еще не разрешен окончательно.

В. Дембская

Здравоохранение

Должностной врач фашистской Германии. Nature, 1937, 199, 3525, 862—863.

В конце 1936 г. в Германии вышел из печати составленный группой профессоров и врачей новый «Справочник должностного врача». Судя по рецензии в английском журнале «Nature», этот справочник резко отличается от обычного типа таких изданий. Эта довольно объемистая книга (около 800 страниц) представляет собой подробную инструкцию для проведения фашистских идей в повседневной работе каждого работника здравоохранения. В ней, правда, имеется несколько глав по бактериологии, химии, фармакологии, патологии и т. д., но ряд других глав посвящен исключительно партийно-политическим вопросам, и вся книга в целом пропитана фашистско-расистским духом. Прием в университеты, клиники, школы усовершенствования, как известно, обусловлен арийским происхождением, политической благонадежностью и т. д. Наряду с этим узаконена медицинская практика «целителей» — не врачей. Очень расширены права акушерок: им предоставлено право самостоятельного проведения родов без врача, даже в случаях неправильного положения плода. Вместе с тем справочник рекомендует по возможности проводить роды на дому, поскольку «участие всех членов семьи в тяжелые часы ожидания укрепляет семейные узы».

Учреждения охраны младенчества не должны проявлять слишком большой активности в борьбе с ранней детской смертностью, ибо это повело бы к нарушению закона естественного отбора. Допускается самое широкое применение насильственной стерилизации и прерывание беременности вплоть до конца шестого месяца. Жуткое впечатление производит, по отзыву рецензента, инструкция о «насильственной кастрации», которая должна производиться без всякого «либерального сентиментализма». Вся эта политика проводится с последовательной жестокостью, причем не допускается и мысли, что те или иные заболевания могут быть лишь временным явлением, развившимся на почве неблагоприятных окружающих условий и поддающимся лечению, а вовсе не унаследованными обязательно от предков. Эти лженаучные теории, по словам рецензента, подкрепляются «туманным мистицизмом и пустыми лозунгами».

З. Духанина (БНМБ)

Корреспонденции

Ленинградское хирургическое общество Пирогова

9-е очередное заседание от 8 апреля 1937 г.

Председатель — проф. *И. А. Куприянов*. Секретарь — *А. Ф. Луканов*

Демонстрации

1. Проф. *И. Н. Казакевич*. *Два случая пересадки пальца по Николадони.*

Докладчик сообщает о 2 больных, которым произведена пересадка пальцев со стопы на кисть с благоприятным исходом. Из 26 собранных в литературе случаев только три раза отмечен неудачный исход.

Проф. *М. И. Куслик* считает отличными лишь те результаты, где имеется не только приживление пальца, но и восстановление активных движений.

Председатель отмечает превосходные результаты операции, однако более простая операция — фалангизация 1 пальца

по Альбрехту — дает функционально также неплохие результаты.

2. *А. Г. Жилин. Случай глубокого ранения головного мозга с переломом черепного свода.*

Демонстрирован больной, 36 лет.

В. Д. Соколов оперировал аналогичный случай в 1902 г. Рана представляла собой месиво из костей, мышц и кожи. Все это было иссечено. После операции была дизартрия, которая исчезла через 6 месяцев.

Проф. *А. Л. Поленов.* Сейчас еще трудно говорить о последствиях, не исключена возможность развития эпилепсии. Дефект в своде черепа можно будет в дальнейшем закрыть пластинкой из лобной или затылочной кости.

Председатель отмечает интерес случая, проведенного в трудных условиях участковой больницы.

Дефект черепа подлежит в дальнейшем пластическому закрытию.

3. *М. Г. Шрайбер. Случай перевязки внутренней сонной артерии при внутричерепной артерио-венозной аневризме.*

Показана больная, получившая в мае 1936 г. ножевое ранение головы. Через месяц у больной развились боли в области правого глаза; в дальнейшем присоединилась пульсирующая припухлость в области правого века, резкий цианоз и застой всей правой половины лица. При аускультации — систолический шум в области правого глаза.

14 марта под местной анестезией произведена перевязка внутренней сонной артерии; после операции значительное улучшение.

Проф. *А. П. Поленов*, около 20 лет назад оперировал больного с пульсирующим пучеглазием: была произведена перевязка большого количества расширенных глазничных вен. Прежде чем итти на внутричерепную операцию, целесообразно начинать с перевязки a. carotis int.

Проф. Куприянов отмечает редкость и успех, достигнутый в демонстрированном случае. Интракраниальное вмешательство значительно сложнее и результаты его еще неизвестны.

4. *Е. С. Драчинская. Случай отрыва мочевого пузыря.*

Показана девочка, 9 лет, оперированная по поводу тяжелой травмы живота. На операции найдена рана печени, надрыв стенки сигмовидной кишки и полный отрыв мочевого пузыря. Кроме того обнаружена забрюшинная гематома и инвагинация тонкой кишки в толстую.

Произведены дезинвагинация, тампонада раны печени сальником, ушивание поврежденной стенки сигмовидной кишки и пришивание пузыря к уретре на проведенном предварительно дренаже, который выведен через уретру и рану на брюшной стенке. Переливание крови. Тяжелый послеоперационный период, закончившийся выздоровлением. Недержание мочи постепенно проходит. В литературе подобного случая не описано. Такие случаи возможны при переломах костей таза, чего у данного ребенка не было.

З. В. Оглоблина сообщает об аналогичном повреждении у больного с переломом таза; был обнаружен отрыв уретры от пузыря. Был введен вначале металлический катетер, а затем резиновый дренаж. Случай осложнился шелитом.

Проф. *В. А. Гораш* одобряет тактику докладчика, в особенности сшивание на предварительно проведенном дренаже. Недержание мочи в дальнейшем прекратится.

Проф. *Н. Н. Еланский.* Хороший результат достигнут благодаря правильной методике и тактике докладчика. Результат тем более замечателен, что, помимо разрыва пузыря, у ребенка был еще целый ряд повреждений, каждое из которых само по себе нередко приводит к смерти.

Проф. *И. А. Куприянов* поздравляет докладчицу, блестяще вышедшую из тяжелого положения. Здесь был действительно полный отрыв мочевого пузыря. Инвагинация при шоке и агонии встречается нередко.

5. *Г. С. Эпштейн. Случай атрофии почки туберкулезного происхождения.*

Показан больной, 26 лет, у которого найдена атрофия почки на почве туберкулезного ее поражения.

Председатель отмечает, что в литературе он мог найти лишь 4 аналогичных случая.

6. *И. С. Линденбаум. Случай псевдомиксомы брюшины.*

Показан больной, 48 лет, оперированный с диагнозом ущемленной паховой грыжи. На операции по вскрытии брюшины выделилось большое количество слизистых масс. Удален измененный отросток. Микроскопически — псевдомиксома брюшины.

В. И. Мушкарин недавно оперировал больного по поводу рецидива миксомы брюшины. *Председатель* отмечает, что исходной точкой заболевания чаще всего служит червеобразный отросток, реже — первичное поражение относится к яичнику.

Доклады

1. Проф. *Ю. Ю. Джанелидзе. Привычные вывихи головки локтевой кости в дистальном луче-локтевом сочленении и их лечение.*

Указанное повреждение в литературе мало освещено — к 1921 г. было собрано лишь 15 случаев.

Привычные вывихи в луче-локтевом сочленении происходят благодаря разрывам треугольной связки. Последняя, будучи бессосудистой, не имеет наклонности к заживлению.

Докладчиком разработана и применена с успехом в клинике операция, имеющая целью пластическую замену lig. triangulare частью сухожилия m. extensoris carpi ulnare.

Прения

В. Г. Вайнштейн. Все мероприятия, направленные к восстановлению положения костей без восстановления целости треугольной связки, не дают результатов. Операция, предлагаемая докладчиком, логична и бьет в самую цель. При отрыве шиловидного отростка операция не удается.

С. Г. Вунин сообщает о своем случае привычного вывиха в луче-локтевом сочленении.

С. А. Иохельсон указывает на значение боковых связок при разбираемом повреждении.

Для излечения необходимо восстановление бокового связочного аппарата.

Усольцева полагает, что если и имеются сосуды в lig. triangulare, то они столь малого калибра, что не могут обеспечить питание поврежденной связки.

Проф. *Ю. Ю. Джанелидзе.* При предлагаемой операции полностью восстанавливаются и боковые связки. Сосуды имеются и в менисках, однако плохая наклонность последних к рубцеванию общеизвестна.

Проф. *П. А. Куприянов.* Предложенная операция весьма логична и отвечает механизму данного вывиха. Для окончательного суждения о способе необходим более длительный срок наблюдения.

2. *С. Я. Фрейдлин. Об амбулаторной работе хирурга.*

Докладчик отмечает ряд существенных недочетов, имеющихся в работе хирургических амбулаторий. Эти недочеты преимущественно организационного характера. Хирургические кабинеты недостаточно оборудованы, приемы зачастую перегружены, при этом, как показал хронометраж, врач работает лишь 80% времени, остальные 20% уходят на простой. Не изжита обезличка — 70% больных лечатся у нескольких врачей Необходимо ввести твердые нормы приема (9 человек в час), заполнив при этом все время врача. Необходимо шире вовлекать врачей в научную работу. При всех хирургических отделениях и клиниках должны быть амбулатории для долечивания стационарных больных.

Прения

Проф. *А. М. Заблудовский* считает необходимым установить постоянную и крепкую связь между клиникой и амбулаторией.

Проф. *Ю. Ю. Джанелидзе.* Нужна периодическая командировка врачей в клиники. Нужно создать образцовую поликлинику, где врачи могли бы учиться. Проф. *В. А. Шаак.* Обучение студентов на поликлиническом материале — чрезвычайно важное дело, однако многие амбулаторные врачи этого недооценивают. Проф. *С. С. Гирголав.* Хирургическое общество должно принять решительные меры к реорганизации амбулаторной хирургической помощи.

М. Н. Абрамсон (Горздрав). Помимо организационных недочетов на недостаточно высоком уровне стоит и лечебная работа амбулаторных хирургов. В этом отношении Хирургическое общество может и должно оказать свое влияние.

Проф. *И. А. Куприянов*, резюмируя, подчеркивает отмеченные в докладе недочеты: поликлиники оторваны от стационаров, приемы организованы плохо и перегружены, врачи клиник, являясь в амбулаторию, работают неполноценно, снабжение поликлиник инструментарием и оборудованием недостаточно. Все эти недочеты подлежат устранению.

Создана комиссия по реорганизации амбулаторной хирургической помощи.

Прив.-доц. *В. Н. Абрамсон*

Научно-медицинское общество при Пермском медицинском институте.

1. Проф. *В. П. Первушин. К вопросу о субарахноидальных кровоизлияниях.*

Докладчик подробно охарактеризовал различные формы кровоизлияний в черепе по клинической картине субарахноидальных геморагий, их причины, лечение и сообщил о своих собственных наблюдениях над больными в нервной клинике Пермского медицинского института. Внутричерепные кровоизлияния могут возникнуть в оболочках мозга, в веществе мозга и его желудочках; встречаются и смешанные формы. Судьба излившейся крови неодинакова. Мелкие кровоизлияния могут рассосаться, оставляя лишь пигментацию, в других случаях на месте кровоизлияния возникает слипчивый воспалительный процесс. Большие геморагии организуются и оказывают такое же влияние на функции мозга, как инородное тело. Клиническая картина зависит от величины и местоположения геморагий. Имеется ряд симптомов, говорящих за кровоизлияния: головная боль, тошнота, симптом Кернига, краснота лица, неравномерность зрачков, угасание рефлексов ахилловых сухожилий. В первые дни вследствие всасывания крови бывает небольшое повышение температуры. Особенно долго держатся менингеальные явления, парезы глазных мышц, невриты зрительного нерва, простые или отечные, и парезы черепномозговых нервов. При субарахноидальных кровоизлияниях в спинномозговой жидкости обнаруживается наличие крови. Внезапное начало, менингеальные явления и кровь в спинномозговой жидкости — триада, при наличии которой можно не сомневаться в кровоизлиянии под паутинную оболочку мозга. Терапия выжидательная: лед на голову, покой, отвлекающие на кишечник и повторные осторожные люмбальные пункции.

Причиной геморагий являются органические артериосклеротические процессы в стенках сосудов, артериосклероз старческий и приобретенный на почве сифилиса, алкоголизма; изменения сосудов под влиянием свинцового отравления, септических инфекций, при болезнях крови: скорбуте, гемофилии и т. д.

Имеется ряд так называемых спонтанных геморагий, где нельзя найти органического этиологического фактора. По статистике американских авторов на долю таких спонтанных геморагий приходится около 50% общего числа мозговых кровоизлияний. Некоторые авторы объясняют их возникновение вазомоторными расстройствами; например, у гипертоников сначала происходит расширение сосудов, затем сужение, анемия участков мозга и проникновение крови per diapedesis. При этом имеет значение аллергическое состояние организма. По мнению других авторов, в основе кровоизлияния всегда должны быть какие-либо органические изменения.

В пермской клинике нервных болезней за последнее время наблюдался ряд больных с субарахноидальными кровоизлияниями. Докладчик демонстрирует одного больного, получившего удар топором по затылочной части головы. Рана зажила, но через месяц у него появились явления гемипареза, косоглазие, симптом Кернига, застойные соски с обеих сторон. Через некоторое время наступило улучшение, а затем после перенесенной ангины опять ухудшение, опять появился парез лицевого нерва, парез отводящего глаз нерва; возникла опасность развития абсцесса. При люмбальной пункции — кровь в спинномозговой жидкости.

Докладчик приводит истории болезни нескольких больных с субарахноидальной геморагией.

Проф. Шац считает, что возникновение кровоизлияния можно объяснить распадом ткани и образованием аневризм сосудов, как следствие травмы. Поэтому после травмы нужно долгое время держать больного под наблюдением, не позволяя ему заниматься тяжелым физическим трудом. Не следует воздерживаться от люмбальных пункций; для остановки кровотечения можно произвести пункцию желудочного мозга.

Д-р *Куимов* указывает, что и без люмбальной пункции можно поставить диагноз субарахноидального кровоизлияния. В качестве симптома для постановки диагноза он выделяет: 1) внезапное начало, 2) нормальную или субфебрильную температуру, 3) легкие менингеальные явления. Субарахноидальные кровоизлияния являются живым экспериментом, подтверждающим связь периневральных пространств с субарахноидальным. По материалам клиники люмбальные пункции не давали осложнений.

Оппонент приводит случай смерти одного больного, выписавшегося из клиники после кровоизлияния в хорошем состоянии и погибшего после неосторожного поднятия тяжести.

Проф. *В. Н. Шарин* указывает, что субарахноидальные и вообще мозговые кровоизлияния часто наблюдаются в военное время при огнестрельных и других видах ранений черепа. Чаще всего наблюдаются ранения крупных сосудов (art. mening. media), причем они оказываются смертельными, если своевременно не распознаны. На ранение крупных сосудов мозга указывает тяжелое общее состояние, замедленный пульс и т. д.; в этих случаях может помочь своевременное оперативное вмешательство. При огнестрельных ранениях, а также и во время оперативного вмешательства при извлечении осколков костей черепа могут быть поражены синусы. Своевременное распознавание и помощь могут спасти в этих случаях жизнь раненому. Кровоизлияние из синусов может быть остановлено пересадкой жира или мышцы.

В заключительном слове проф. *Первушин* отмечает, что синдром, выставленный *Куимовым*, может быть и при других кровоизлияниях, точный диагноз субарахноидального кровоизлияния может быть установлен лишь с помощью люмбальной пункции при наличии крови в спинномозговой жидкости. Люмбальная пункция применяется в клинике охотно, но с осторожностью. Гипертония является тяжелым симптомом, указывающим на опасность субарахноидального кровоизлияния.

Председатель проф. *И. И. Чистяков*, резюмируя доклад и прения, указал, что доклад проф. Первушина представляет большой интерес для врачей разных специальностей — невропатологов, психиатров, хирургов, а также и для практических участковых врачей. В вопросе о субарахноидальных кровоизлияниях еще много неясностей. Тенез кровоизлияний, необходимость люмбальных пункций остаются спорными вопросами.

Проф. *Чистяков*

От редакции

По поводу статьи проф. Невядомского: „К вопросу об ультрафильтрабильности опухолевых клеток“ и сделанного к ней дополнения „От редакции“.

Проф. Невядомский прислал пространный ответ на добавление, сделанное «От Редакции» к его статье об ультрафильтрабильности опухолевой клетки (Сов. врач. журнал № 13, 1937). Новых фактических данных в этом ответе не заключается, а имеются лишь дополнительные литературные ссылки и разъяснения собственных опытов, позволяющие автору отстаивать свою позицию о превращении инфрамикроскопических стадий опухолевого вируса — паразита — в раковые клетки. В ожидании новых прямых доказательств такого превращения Редакция предпочитает воздержаться от дальнейшей полемики по этому вопросу.

Охотно исправляем указываемую автором опечатку: размеры, приписываемые им вирусу злокачественных опухолей, равны не 15 микронам, а 15—20 миллимикронам.

К выборам в Верховный Совет СССР

Кандидатуру товарища Сталина в депутаты Верховного Совета СССР выдвинули: собрание членов профсоюза Медикосантруд Егорлыкского района, Орджоникидзевского края; собрание членов профсоюза Большеуковского района, Омской области; собрание медработников Пятигорского санатория РККА; коллектив Ессентукской грязелечебницы; собрание медработников г. Бутурлиновки, Воронежской области; собрание научных работников, студентов, рабочих и служащих Омского медицинского института; рабочие, специалисты и служащие курорта Дарасун и Дарасунского военного санатория, Читинской области; коллектив рабочих и служащих курортного городка «Солнце» г. Геленджик, Краснодарского края; работники больницы Ташлинского района, Оренбургской области; медицинские работники городских лечебных учреждений г. Буя, Ярославской области; коллектив работников Черниговской психиатрической больницы, Черниговской области и др. (см. № 21 Сов. врач. ж.).

Кандидатуру товарища Молотова в депутаты Верховного Совета СССР выдвинули: собрание коллектива Саратовского государственного центрально-исследовательского института физиологии дыхательных путей; студенты, преподаватели и технические служащие фельдшерско-акушерской школы г. Пятигорска; работники, работницы и служащие — члены профсоюза медработников г. Прилуки, Черниговской области; служащие больницы Рахмановского сельсовета, Клинцовского района, Саратовской области; коллектив школы медсестер м. Радомышль, Житомирской области.

Кандидатуру товарища Ворошилова в депутаты Верховного Совета СССР выдвинуло общее собрание колхозников колхозов «Победа», «Коммунар», коллектива медицинских работников и учителей Саратовской области (Ртищевский избирательный округ); медицинские работники Ржаксинского района (Борисоглебский избирательный округ).

Кандидатуру товарища Андреева в депутаты Верховного Совета СССР выдвинуло общее собрание работников медико-санитарного труда Бековского района, Саратовской области.

Кандидатуру товарища Л. М. Кагановича в депутаты Верховного Совета СССР выдвинуло общее собрание медработников курорта Дарасун, Карымского района, Читинской области.

Кандидатуру товарища Калинина в депутаты Верховного Совета СССР выдвинуло общее собрание медработников тубсанатория и дома отдыха пос. Сысерть, Свердловской области.

Кандидатуру товарища Чубаря в депутаты Верховного Совета СССР выдвинули работники больниц, поликлиники, санорганизаций и детских яслей ст. Ртищево, Саратовской области.

Кандидатуру товарища Ежова в депутаты Верховного Совета СССР выдвинули трудящиеся курорта Каменское-Плато, Алма-Атинской обл., Казахской ССР.

В состав окружных по выборам в Совет Союза избирательных комиссий по Ленинградской области включены следующие медицинские работники: по Псковскому городскому избирательному округу — Никонова Л. А. (секретарь окружной избирательной комиссии), от окружного комитета профсоюза Медсантруд Псковского округа; по Старорусскому избирательному округу — Иванов А. И., от работников поликлиники г. Старая Русса; по Мурманскому избирательному округу — Прохоров В. А., от окружного комитета профсоюза Медсантруд Мурманского округа; по Новгородскому избирательному округу — Иванова А. Н. (секретарь избирательной комиссии), от районного комитета союза медицинских работников Новгородского района.

В Москве, в Ростокинском избирательном округе по выборам в Совет Союза, кандидатом в депутаты Совета Союза зарегистрирован профессор Николай Нилович Бурденко.

10 ноября состоялось заседание Ростокинской окружной избирательной комиссии.

Представители трудящихся: завода им. Ворошилова — тов. Николаев, мехового комбината — тов. Рапопорт и первой типографии Народного комиссариата путей сообщения — тов. Косухин вручили окружной избирательной комиссии протокол общих собраний рабочих, инженеров, техников и служащих, наметивших кандидатом в депутаты Совета Союза заслуженного деятеля науки, профессора-орденоносца товарища Бурденко Николая Ниловича.

Председатель окружной избирательной комиссии тов. И. С. Облов огласил письмо товарища Бурденко, в котором он выражает глубокую благодарность за высокое доверие, оказанное ему на предвыборных собраниях, и дает согласие баллотироваться по Ростокинскому избирательному округу.

Окружная избирательная комиссия, рассмотрев постановления общих собраний и письмо товарища Бурденко, единогласно постановила зарегистрировать Николая Ниловича Бурденко кандидатом в депутаты Совета Союза по Ростокинскому избирательному округу гор. Москвы.

Образцово проведем выборы в Верховный Совет СССР!

(Беседа с засл. деят. науки проф. *Д. И. Дейнека*, заместителем председателя Свердловского избирательного округа г. Ленинграда)

Посетивший редакцию «Советского врачебного журнала» засл. деят. науки проф. *Д. И. Дейнека* сообщил нам следующее.

15 октября с. г. на общем собрании профессорско-преподавательского персонала и студенчества Ленинградского государственного университета была выдвинута моя кандидатура в члены избирательной комиссии Свердловского избирательного округа г. Ленинграда. На собрании присутствовали свыше 2000 человек, которые единогласно поддержали мою кандидатуру. 17 октября Ленинградский совет утвердил меня заместителем председателя окружной избирательной комиссии.

Я глубоко удовлетворен тем, что на мою долю выпала высокая честь активно участвовать в подготовке и проведении выборов в Верховный Совет СССР. Я горд сознанием, что мне оказано столь большое доверие трудящимися города Ленина. Я считаю своей священной обязанностью приложить все старания к тому, чтобы на деле содействовать реализации великой Сталинской Конституции, имеющей огромное значение для всего нашего многомиллионного народа и для трудящихся всего мира.

В сознании этой исключительной ответственности я приступил к выполнению своего долга перед советской общественностью, перед партией Ленина—Сталина, перед своей социалистической родиной. Этой работе я отдаю теперь максимум внимания и времени.

Я приступил прежде всего к проверке подготовительной к выборам работы, проводимой Советами Свердловского и Василеостровского районов г. Ленинграда: составление списков избирателей, подготовка участков, выделение помещений и т. п. 3 ноября мной проведено собрание председателей 35 участковых комиссий Василеостровского района. Среди членов участковых комиссий был ряд врачей, выдвинутых низовыми организациями трудящихся.

Ознакомление с ходом подготовки к выборам на местах убедило меня в исключительно широком размахе развернутой работы. Однако немало выявлено недочетов: не внесены в избирательные списки умалишенные лишь на основании указаний родных при отсутствии врачебных заключений или судебных решений; пропущены отдельные категории жильцов, внесены в списки семнадцатилетние и т. п. 25% помещений, отведенных для участковых комиссий и для голосования, пришлось забраковать.

11 ноября на собрании всех членов участковых комиссий (700 человек) были обсуждены вопросы, связанные с устранением замеченных недочетов и ускорением темпов подготовки к выборам.

Небывалый подъем политической активности отмечается, в частности, среди медицинских коллективов нашего избирательного округа. Много врачей активно участвуют в агитмассовой работе среди служащих, ведут политико-разъяснительную работу среди больных, организационную работу по подготовке выборов в больнице — избирательном участке. Среди врачей-активистов особенно выделяются тт. Лейтушович, Булавинцева, Шершун (больница им. Видемана), Гастева (по психоневрологическому диспансеру).

Опираясь на наш актив, на партийных и непартийных большевиков, мы добьемся стопроцентного участия наших избирателей в выборах. Я убежден, что в Верховный Совет СССР пройдут достойнейшие люди, подлинные патриоты нашей социалистической родины.

Хроника

11 ноября в Ленинградском педиатрическом институте состоялся второй *выпуск врачей-педиатров.* Все 47 молодых врачей в прошлом — медицинские сестры клиник Института охраны материнства и младенчества им. Клары Цеткин.

К двадцатой годовщине Великой социалистической революции на *Ленинградском металлическом заводе имени Сталина открылась большая водо-грязелечебница.* Она занимает площадь в 250 м² и состоит из пяти отделений. Больные могут пользоваться здесь грязелечением, солено-хвойными, углекислыми и общими ваннами. Водолечебница, оборудование которой обошлось в 120 000 рублей, составляет только часть большой заводской поликлиники. Общая сумма расходов по социальному страхованию на заводе составляет около 2 000 000 рублей в год, не считая содержания поликлиники, годовой бюджет которой — 500 000 рублей.

Наркомздравом утверждены типы учреждений для детей и подростков с невропсихическими заболеваниями: 1) санатории для нервных детей; 2) санатории для эпилептиков; 3) психиатрическая больница для острых душевных больных и детские отделения при общих психиатрических больницах; 4) психиатрическая лечебно-трудовая колония для психических больных — детей-хроников, нуждающихся в лечении, психиатрическом уходе и надзоре; 5) неврологические отделения при соматических больницах для некоторых форм органических поражений нервной системы; 6) нервные отделения или больницы для курабильных форм органических хронически текущих заболеваний нервной системы; 7) учреждения для логоневротиков: 1) логотерапевтические кабинеты при детских поликлиниках, детских отделениях единых диспансеров, 2) полустационары в виде стационарных площадок для лечения логоневрозов и тяжелых форм логопатии. Утверждены также показания и противопоказания к помещению в эти учреждения, а также принципы и методы отбора.

Аспирант Киевского института гигиены труда и профессиональных заболеваний *М. В. Лейник изобрел новый усовершенствованный микроскоп, дающий увеличение в 5000—7000 раз.* Проводившие опыты биологи, гигиенисты и патологи (проф. Чернояров, доктор медицины Кучеренко и др.) признали большую ценность нового микроскопа. Сейчас изучается возможность применения его для гистологических и микробиологических исследований. М. В. Лейник — молодой украинский научный работник, сын колхозника Чудовского района, Житомирской области.

Научный сотрудник Химико-фармацевтического института, Г. А. Кирхгоф, изготовил *новый противосифилитический препарат — миарсенол.* Испытания, произведенные в Государственном венерологическом институте, показали, что миарсенол значительно менее токсичен, чем новарсенол; техника применения его очень проста, инъекции безболезненны. Новый препарат несомненно получит большое распространение, так как последние свойства делают его весьма ценным, в особенности для врачей-неспециалистов, работающих на периферии, а также в детской практике.

Перед Московским областным институтом травматологии, ортопедии и протезирования, занимающимся постановкой травматологической помощи в Московской области, давно встал вопрос о создании *передвижного медпункта — машины,* который мог бы двигаться за полевыми бригадами и обслуживать их квалифицированной медицинской помощью.

Первая такая машина по инициативе директора института Н. Н. Приорова и по чертежам и рисункам заведующего сектором травматизма и первой помощи Л. З. Хейфец в мае с. г. была сделана в гараже Тульского горздравотдела. Заказ выполнен хорошо, даже внесены некоторые улучшающие конструктивные изменения (переворачивающиеся носилки — т. Смирнова).

Машина красива и имеет все необходимое для образцово оборудованной перевязочной. Стены ее покрыты светлым дерматином, пол — линолеумом. Небольшая динамомашина дает возможность освещать перевязочную (плафон и переносная лампа) и пользоваться электрическим стерилизатором для кипячения инструментов, установленным на перевязочном столе. Меблировка машины состоит из кушетки (с переворачивающимися носилками), перевязочного столика, шкафа для медикаментов и перевязочного материала, шкафчика для белья; умывальник — такой же, как в международных вагонах, к нему имеются два запасных бака с водой — в крыше. Кипяченая вода находится в изящном бачке с приделанными к нему закрывающимися полочками для стаканов. На стене — часы. Кушетка с больным может быть отгорожена от остальной части машины шторой на кольцах. Машина снабжена электрической печью.

В шкафчиках и ящиках машины в специальных гнездах, обитых байкой, находятся все медикаменты, имеется весь нужный инструментарий для перевязок, остановки кровотечения, шины для иммобилизации переломов.

Такая машина позволит оказать квалифицированную медицинскую помощь запятым на сельскохозяйственных работах области.

За рубежом

Международный конгресс по борьбе с проказой созывается 21 марта 1938 г. в Каире (Египет). Как сообщает «Archives of Dermatology a. Syphilology» (№ 3, сентябрь 1937 г.), это — первый конгресс, созываемый постоянным Международным комитетом по борьбе с проказой. Комитет был создан в 1931 г. Предшествовавшие международные съезды по борьбе с проказой состоялись в 1897 г. (Берлин), в 1909 г. (Берген — Норвегия) и в 1923 (Страсбург — Франция).

Египетское правительство разослало заинтересованным государствам приглашения послать официальных делегатов.

Международный конгресс по охране детства, состоявшийся между 19 и 21 июля 1937 г. в Париже, вскрыл всю неприглядную картину условий жизни детей в современных капиталистических государствах Западной Европы. Особенно показательны прения по докладу Lesné и Huber (Париж) о питании школьников. Как сообщает «Journ. of Amer. Med. Ass.» (№ 14, 2 октября 1937 г.), Koenen (Голландия) обратил внимание съезда на недоедание детей в связи с безработицей родителей. Mosserli (Швейцария) высказался о тесной зависимости между питанием и сопротивляемостью инфекциям. Современное распространение рахита стоит в прямой связи с безработицей и недоеданием. Veras (Греция) констатировал, что в средиземноморских государствах основным продуктом питания является хлеб; мясо давно заменено рыбой, животные жиры — растительными маслами, имеются в достаточном количестве лишь овощи и фрукты.

Devraigne сообщил съезду о жилищных условиях во Франции: 18% семейств имеют по одной комнате, в больших же городах 26% комнат занято из расчета несколько человек на 1 комнату (в 10% из них проживают по 3 человека в комнате, в 33,7% — от 5 до 7 человек, в 40% — более 7 человек). Такая скученность пагубно отражается на физическом развитии детей.

X международный дерматологический конгресс намечено созвать в Нью-Йорке на сентябрь 1940 г. Очередной Американский дерматологический конгресс будет происходить между 13 и 17 июня 1938 г. в Сан-Франциско. (Journ. of Amer. Med. Ass. № 14, 2 октября 1937 г.)

5000 франков ассигновано «Société française de dermatologie et de syphilographie» *за лучшую научно-исследовательскую работу по дерматомикозам.* Присуждение премии состоится в мае 1939 г. Условия опубликованы в «Archives of dermatology a. syphylology» (№ 3, 1937 г.).

Военная агрессия Японии против китайского народа, начатая нападением на Шанхай, вызвала *появление холерных заболеваний* в Шанхае. До сентября, как сообщает «Journ. of Amer. Med. Ass.» (№ 13, 25 сентября 1937 г.), зарегистрировано 1018 случаев холеры.

Огромная смертность от туберкулеза имела место в штате Аризона (США), где в 1936 г. она достигла 264,9 на 100 000 населения. Из числа умерших наибольшее число приходилось на людей в возрасте 35—44 лет, число умерших среди мужчин в два с половиной раза больше, чем среди женщин (Journ. of Amer. Med. Ass., № 12, 18 сентября 1937 г.).

Большая вспышка эпидемического полиомиэлита произошла в Онтарио (Канада), где с июня по сентябрь этого года заболело 1145 человек, из которых умерло 39. В Торонто было 347 случаев заболевания. В ряде городов северных районов Канады были временно закрыты школы. (Journ. of Amer. Med. Ass., № 11, 11 сентября 1937 г.).

«The Journ. of Amer. Med. Ass.» описывает случай *острого отравления свинцом на почве потребления яблок.* В США для борьбы с сельскохозяйственными вредителями употребляются растворы солей свинца и мышьяка. Частично

они распыляются аэропланом. При этом страдают фруктовые деревья, овощи и пастбища. Исследование, например, капусты, купленной на рынке, показало содержание значительной доли мышьяка на 1 кг капусты. Выдвигается требование санитарного контроля овощей и фруктов, поступающих в продажу, для предупреждения случаев отравления соединениями свинца или мышьяка.

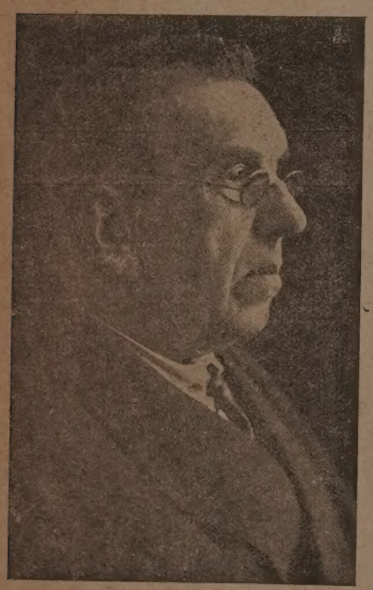
☙ *В Нью-Йорке за последние недели раскрыта афера* и арестована целая организация, которая «фабриковала» несчастные случаи, внезапные заболевания и т. д. для получения страховых премий. Подговаривались завербованные лица, чаще всего старше 50 лет, которые затем проделывали на улице приступы, например, angina pectoris; здесь же включались «свидетели». Организация имела и своих врачей. Публикация Американской ассоциации врачей, информирующая об этом случае, предупреждает врачей, что в деле оказались замешанными и некоторые врачи, недобросовестно относившиеся к своим профессиональным обязанностям. (D. Med. Woch., № 41, 8 сентября 1937 г.)

☙ Как сообщает «Journ. of Amer. Med. Ass.» (№ 13, 25 сентября 1937 г.), проведена единовременная *дератизация, охватившая территорию всего города Амстердама* и стоившая муниципалитету 24 000 флоринов. Администрация здравоохранения на основе полученного опыта делает вывод о полной применимости массовой дератизации в большом городе. Способ дератизации не указывается.

Некрологи

С. Н. Урванцов

5 января 1937 г. скончался в г. Минске один из старейших врачей, *Сергей Николаевич Урванцов*. По окончании в 1892 г. медицинского факультета Казанского университета cum eximia laude покойный работал ординатором в терапевтической клинике и в 1898 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины на тему: «Газовый анализ крови печени». До 1907 г. Урванцов работал в земских лечебных учреждениях и на эпидемиях холеры, чумы и сыпного тифа в Астраханской и Уфимской губерниях. В 1907 г. был назначен врачебным инспектором в Минскую губернию, где работал в течение 30 с лишком лет.



С. Н. Урванцов

После Октябрьской социалистической революции С. Н. Урванцов одним из первых врачей принял активное участие в работе советских органов здравоохранения БССР. Он был первым заведующим лечебным отделом НКЗдрава БССР затем главврачом второй, а потом третьей больницы и, наконец, больницы для хроников.

В последнее время С. Н. работал в качестве врача при Центральной рабочей поликлинике, где пользовался любовью и уважением больных и служащих.

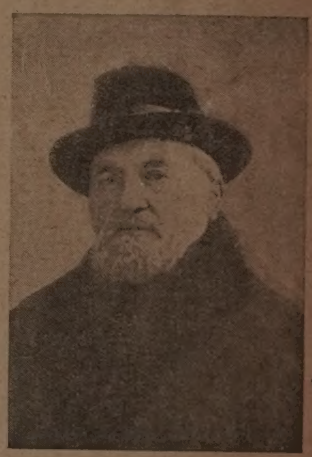
С. Н. оставил после себя свыше 30 печатных работ по санитарным, общественным и другим вопросам здравоохранения.

С. Н. умер на посту на 74 году жизни. С. Н. оставил среди своих многочисленных пациентов светлую память о себе, как об отзывчивом и опытном враче, и среди своих сослуживцев, как о неутомимом, энергичном, добросовестном работнике и чутком товарище.

В. М. Чериковер

В ночь на 19 марта с. г. скончался один из старейших врачей, терапевт, *Вениамин Михайлович Чериковер*.

В. М., сын народного учителя, родился в 1851 г. в Новгород-Северске, окончил гимназию в г. Полтаве, медицинский факультет Киевского университета в 1874 г. В. М. участвовал в русско-турецкой кампании 1877—1878 гг., заведуя заразным отделением госпиталя. В течение 63 лет В. М. непрерывно находился на врачебном посту. Ряд лет В. М. работал в Одессе в поликлиниках здравотдела. Несмотря на свой преклонный возраст (86 лет), В. М. принимал активное участие в общественной жизни Студенческой поликлиники и поликлиники Красного Креста, где работал до последнего дня своей жизни. Еще 18 марта В. М. был на работе в поликлинике. Оттуда он вернулся с тяжелым сердечным припадком, и в ночь на 19 марта скончался.



В. М. Чериковер

Д-р В. М. Чериковер пользовался большой любовью как сослуживцев, так и огромного числа больных.

Коллектив Одесской студенческой поликлиники

Зам. отв. редактора проф. М. В. Черноруцкий
Отв. секр. редакции М. В. Броун
Корректоры Э. Н. Авербух, Н. А. Тырса-Эльманович

Биомедгиз — Ленинградское отделение
Техн. редактор И. М. Фролов

Ленбиомедгиз 102/л. Тираж 19 300. Сдан в набор 23/X-37 Подписан к печати 8/XII-37 г. Бум. печ. 60×92. Печ. лист. 5
Колич. печ. зн. в бум. листе 10 840. Авторск. л. 8,5. Леноблгорлит № 5942. Заказ № 2442.

Типография „Коминтерн", Ленинград, Красная ул., 1.